

**Relevanzanalyse bei zylothymen Depression
in Abhängigkeit vom IQ**

von

Karl J. Hagel

aus

Marlenbad

1972 M 449

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H.H. Wiedk)

Relevanzanalyse bei zylothymen Depression in Abhängigkeit vom IQ

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Karl J. Hagel

aus

Marlenbad

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. G. Koch
Referent: Prof Dr. H. H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 11. 7. 1972

An dieser Stelle möchte ich nicht versäumen, Herrn
Professor Dr.H.H.Wieck für die Überlassung des Themas,
seine immer bereite Hilfe und wertvollen Ratschläge
herzlich zu danken.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548611_0047

INHALTSVERZEICHNIS

=====

	Seite
I. Einleitung	1
A. Klärung des Begriffes zylothyme Depression	1
B. Relevanzen	3
C. Zum Begriff der Intelligenz	6
D. Eigene Fragestellung	7
II. Methodik und eigenes Beobachtungsgut	8
A. Auswahl der Methode	8
B. Durchführung der Exploration	9
C. Intelligenzmessung	11
D. Eigenes Beobachtungsgut	12
III. Ergebnisse	14
A. Darstellung eines ungestörten Relevanzgefüges	14
B. Relevanztektonik in der zylothymen Depression	15
C. Verhältnis der Relevanzen zu der Lebens- situation	29
D. Relevanzformen und deren Veränderungen	42
E. Erläuterungen zu den graphischen Darstellungen	52
F. Abschließende Beantwortung der eingangs gestellten Fragen	117
IV. Literaturverzeichnis	122

I. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, eine Relevanzanalyse bei Kranken mit einer zykllothymen Depression durchzuführen. Es soll dabei erstmalig angestrebt werden, einen Zusammenhang zwischen Intelligenz und einer besonderen Relevanzbetonung herzustellen, um von hier auf eine mögliche Störung im Relevanzsystem bei Zykllothymen schließen zu können.

Bei der Betrachtung der Aufgabestellung erscheint es notwendig, zuerst auf die Besonderheiten der endogenen Depression, auf Relevanzformen und letztlich auf den Begriff der Intelligenz einzugehen, soweit es im Zusammenhang mit dieser Arbeit erforderlich ist.

A. Klärung des Begriffes "zykllothyme Depression"

Angesichts der Tatsache, daß in letzter Zeit immer mehr nosologische Abspaltungen von dem einst umfassenden Begriff der endogenen oder zykllothymen Depression gemacht wurden, möchten wir zunächst unseren Standpunkt in dieser Frage geklärt wissen, um später auf diesen unproblematisch Bezug nehmen zu können. Betrachtet man die vielen neu geschaffenen Namen wie endogene Depressionszustände (HUTTER), Dysthymien (WEITBRECHT), Diskordanzmelancholien (TELLENBACH), Vitaldepressionen (PETRILOWITSCH), vegetative Depressionen (LEMKE), chro-

nisch reaktive Depressionen (KOLLE), vitalisierte reaktive Depressionen (STAEHELIN), Erschöpfungsdepressionen (WEITBRECHT, KEILHOLZ), Formen der klimakterischen Depressionen, existentielle Depressionen (HÄFNER), Entwurzelungsdepressionen (BÜRGER-PRINZ), Entlastungsdepressionen (SCHULTE), Umzugsdepressionen (LANGE)(18), so kann man zur Ansicht kommen, all dies sind eigenständige Krankheitsbilder und übersieht dabei das bedeutende Gemeinsame - die endogene Depression. Wir wollen sie im weiten Sinne verstanden wissen, und finden dabei jeweils mehrere der 5 Elementarsymptome: 1.) Die depressiven Elementargefühle, wie Traurigkeit, Angst und Schuld. 2.) Die gleichzeitige Dämpfung oder gar das Erlöschen aller spontanen Gefühlsregungen. 3.) Die Hemmung, die nach außen als Verlangsamung oder Gebundenheit der Bewegungen bemerkbar ist. 4.) Leibliche Mißempfindungen. 5.) Vegetative Funktionsstörungen (8, 11, 14, 15, 24 - 26). Weitere Eingrenzungen dieses Krankheitsbildes, wie zum Beispiel WEITBRECHTs Gegenüberstellung von dem leiblichen Typus mit Krankheitseinsicht und dem Typus mit kritiklosem Wahn (21, 22) oder die Aufteilung von J. ANGST (1) in monophasische und periodisch verlaufende Psychosen erscheinen uns für die vorliegende Arbeit nicht nötig. Wir sprechen von endogenen Psychosen und schließen uns im Gegensatz zur TELLENBACHschen psychologisierenden Klärung des Endogenen (20) der psychopathologischen Deutung von K. SCHNEIDER an, der in

Gegenüberstellung zur körperlich begründbaren Psychose die endogene Psychose als bis heute körperlich nicht begründbare Psychose ansieht (12).

B. Relevanzen

Das seelisch-geistige Innesein einer Lebenssituation möchten wir nach WIECK Relevanz nennen (19, 27). Da wir im folgenden immer wieder mit dem Begriff der Situation arbeiten werden, möchten wir uns der Definition von WIECK anschließen, indem wir als Situation die Begegnung des Individuums mit dem Außerindividuellen bezeichnen wollen (9, 28).

Gliedern wir diesen Begriff weiter auf, so finden wir die Augenblickssituation, die Einzelsituation und die Lebenssituation. Damit ist folgendes gemeint: Die einzelnen Situationen eines Augenblickes, die nur sehr kurze Zeit, Sekunden, bestehen, lassen sich mit ihren Erlebnisreihen zu einer längerdauernden Einheit zusammenschließen, die Minuten, möglicherweise Stunden andauern kann und die wir Einzelsituationen nennen. Als seelisch-geistiges Innesein einer Augenblickssituation finden wir die Augenblicklichkeit und die Präsenz. Im Gegensatz zu diesen beiden Situationsmodi, die unwiederbringlich vorüberziehen, finden wir in der Lebenssituation etwas Beständiges und Andauerndes. Das seelisch-geistige Innesein dieser beständigen über Monate und Jahre hinziehenden Lebenssituation bezeichnen wir als

Relevanz (28, 32).

Wegen der Vielfalt der außerindividuellen Begegnungen befindet sich der Mensch nicht nur in einer einzigen Lebenssituation, sondern gleichzeitig in mehreren Lebenssituationen, die sich wiederum zu einem Gefüge zusammenschließen. In diesem Relevanzgefüge bezeichnen wir die dominierende Relevanz als Kardinal- oder Hauptrelevanz und die mehr am Rande liegenden Relevanzen Marginalrelevanzen (32).

Im Verhältnis zur Lebenssituation lassen sich drei verschiedene Relevanzformen unterscheiden: Die Aktiv-, die Passiv- und die Intrarelevanzen.

Unter Aktivrelevanz verstehen wir eine Relevanz, die die Lebenssituation prägt. So zum Beispiel wird der Beruf eines Mannes meist von Aktivrelevanzen eingenommen. In der Bewußtseinstrübung und im schweren Durchgangssyndrom finden wir häufig Passivrelevanzen. In ihrer Hilflosigkeit streben dabei die Patienten nach Geborgenheit, die oft zum Beispiel durch die Mutter verkörpert wird. Dabei kommt es zu einem Wiederrelevantwerden einer vergangenen Lebenssituation, der Kindheit. Auch der Depressive besitzt Passivrelevanzen, die jedoch nicht so deutlich wie beim Patienten im Durchgangs-Syndrom hervortreten. Kommen Intra- oder Binnenrelevanzen zum Tragen, so versinkt der Mensch in die uns allen bekannten Tagträume-reien.

Die übrigen Relevanzbegriffe seien lediglich in der untenstehenden Tabelle aufgeführt, da sie vom Namen her schon erklärt sind. Sie werden in der folgenden Arbeit häufig Verwendung finden und dabei an Hand von Beispielen demonstriert werden.

Tabelle 1:

Einige Relevanzbegriffe

nach WIECK (28)

Relevanzmodi

Relevanztektonik: Kardinalrelevanzen

Marginalrelevanzen

Relevanzdynamik

Relevanzverhältnisse zur Lebenssituation

Aktivrelevanzen

Passivrelevanzen

Intrarelevanzen

Relevanzformen

Allgemeinformen:

Fundamentalrelevanzen

Wertrelevanzen

Relevanzausgriff

Relevanzarten:

Individualrelevanzen

Interrelevanzen

Sozialrelevanzen

Reflexivrelevanzen

Wechselwirkung zwischen Relevanz und Präsenz

Relevanzauswirkung auf die Präsenz

Präsenzauswirkung auf die Relevanz

C. Zum Begriff der Intelligenz

Intelligenz läßt sich nicht klar definieren. Es findet sich höchstens eine umschreibende Formulierung. Wir möchten mit K.SCHNEIDER sagen, daß wir unter Intelligenz das ganze der Denkanlagen und Denkvollzüge mit ihrer Anwendung auf die praktischen und theoretischen Aufgaben des Lebens verstehen (12). W.STERN formuliert es ähnlich. Er versteht unter Intelligenz die Fähigkeit, sich unter zweckmäßiger Verfügung über Denkmittel auf neue Forderungen einzustellen (16, 17). Diese beiden Versuche einer Definition bieten einen engen Zusammenhang zum Relevanzsystem. Im Gegensatz zu den Präsenzen, die unmittelbar an den Ablauf des Erlebens gebunden sind und mit den Einzelsituationen vergehen, bleiben die Relevanzen in uns dauerhaft bestehen. Sie können deswegen nicht dem Erleben angehören, sondern müssen dem seelischen Bereich zugeordnet werden, der mit dem diaphänomenalen Gebiet das Beständige unseres Wesens einschließt. Zu diesem Diaphänomenalen zählen wir Gedächtnisspuren, die wir Engramme nennen. Diese Engramme schließen sich zu Verbänden zusammen, um ein diaphänomenales Relevanzsystem entfalten zu können. Wie wir selber an uns beobachten können, sind wir täglich damit beschäftigt, Relevanzverbände neu aufzubauen. Daraus ergibt sich nicht nur ein bestimmter Grad der Differenziertheit, sondern auch ein direkter Zusammen-

hang zur Intelligenz. Ein Mensch, der in der Lage ist, verschiedenartige Relevanzen neu zu fassen und schnell einen oder mehrere dieser Relevanzen sich zugänglich zu machen, ist nach unseren vorhergehenden Definitionen von Intelligenz zweifellos intelligenter, als ein Mensch, der dazu nicht in diesem Maße fähig ist (10,28).

D. Eigene Fragestellung

Mit dieser Arbeit sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- 1.) Bestehen psychopathologische Störungen im Relevanzsystem von Kranken mit einer endogenen Depression, und welche sind diese?
- 2.) Kommt es bei verschiedenartiger Intelligenz der jeweiligen Patienten zu unterschiedlichen Veränderungen?
- 3.) Stellt die Intelligenz einen wichtigen Faktor in der Psychopathologie der Zykllothymie dar?

Mit der Beantwortung dieser Fragen im nun folgenden soll ein Schritt zur Klärung des so vielfältigen Krankheitsbildes der endogenen Depression getan werden. Gleichzeitig wollen wir versuchen, einen Beitrag zur Lehre von den Relevanzen zu liefern.

II. METHODIK UND EIGENES BEOBSACHTUNGSGUT

A. Auswahl der Methode

Um die jeweilige Relevanztektonik und die einzelnen Relevanzformen des Patienten analysieren zu können, ist es notwendig, sie so zu führen, daß ihre Relevanzgefüge erkennbar werden.

Grundsätzlich ergeben sich dazu zwei Möglichkeiten:

1.) Die psychologische Testung

a) Spezielle Fragebögen mit festen auszuwählenden Antworten

b) Projektiver Test

2.) Die freie Exploration des Patienten

Die psychologische Testung bedarf einer aktiven, weitgehend unbeeinflussten Mitarbeit der Patienten (17). Kranke mit einer schweren Depression sind aber häufig nur mühsam zu einem Gespräch zu bewegen. Die Testung würde daher sehr häufig an der mangelnden Bereitschaft der Patienten scheitern. Wir entschieden uns daher für die zweite Möglichkeit - die freie Exploration. Hiermit scheinen uns die wirklichen Relevanzsysteme der Patienten am getreuesten reproduzierbar und damit am besten analysierbar, auch wenn, wie wir unten ausführen werden, nur eine bedingt freie Exploration möglich ist.

B. Durchführung der Exploration

Die freie Exploration im Sinne von RODGERS, bei der der Patient selber die Richtung der Unterhaltung festlegen kann, ist bei unseren untersuchten Patienten aus folgenden Gründen nicht möglich gewesen:

- 1.) Es handelt sich um ein zufällig ausgewähltes Kollektiv mit den damit verbundenen Intelligenzunterschieden.
- 2.) Wie wir noch später zeigen werden, finden wir bei endogenen Depressionen mit eingeeengter Relevanzbreite einen verminderten Relevanzausgriff.

Ist damit die Dynamik und die Intensität der Relevanzsuche vermindert, so ist doch durch eine teilweise gelenkte Unterhaltung das Auffinden dieser Relevanzen leichter als ohne Führung.

Mit einem Patienten unterhielten wir uns mindestens zweimal sorgfältig und ausgiebig in dieser bedingt freien Form. Die zweimalige Unterhaltung sollte dabei nicht eine Erweiterung des Relevanzgefüges erbringen, sondern stellte lediglich eine Kontrolle dar. In einzelnen Fällen wurde dreimal oder viermal exploriert, da wir hier der Meinung waren, daß äußere Umstände, wie zum Beispiel Ermüdung, mangelnde Bereitschaft zur Unterhaltung oder ähnliches das jeweilige Gespräch störend beeinflussen. Eine Längsschnittuntersuchung wurde nicht angestrebt,

weil die damit verbundenen thymopathometrischen Untersuchungen über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen (20).

Die Explorationen fanden zu der Tageszeit statt, bei der nach Angaben des Patienten die depressive Stimmungslage am ausgeprägtesten war. Dabei wurden die Gespräche mit dem Einverständnis des Patienten auf Tonband aufgenommen, um eine wortgetreue Unterlage zur Analyse der Unterhaltung zu besitzen.

In jeder Exploration wurden die gleichen Punkte angesprochen. Sie betrafen das tägliche Leben, den Beruf, die soziale Stellung und Haltung, die Beziehung zur Kirche und besondere Interessen der Patienten. Zu Beginn der Unterhaltung gingen wir grundsätzlich immer auf die krankheitsbedingten Beschwerden der Patienten ein.

Bei der Analyse der Themenwahl wurde eine rein numerische Auszählung vermieden. Wir versuchten die Spontaneität der Themenwahl und vor allem die innere Anteilnahme am Thema mit zu berücksichtigen.

Zu diesem Zwecke führten wir eine zehnteilige Rating-skala ein. Der Wert 0 bedeutet, daß das betreffende Thema entweder nicht aufgegriffen wurde oder für den Patienten belanglos ist. Die Zahl 10 in der Skala besagt dagegen, daß das jeweilige Thema für den Patienten von außerordentlicher Wichtigkeit ist.

C. Intelligenzmessung

Zur Messung des Intelligenzgrades benutzten wir den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE), (21). Der Test besteht aus 11 Untertesten, von denen wir nur 10 verwendeten. Die ersten 5 Unterteste des sog. "Verbalteils" sind: 1.) Allgemeines Wissen, 2.) Allgemeines Verständnis. 3.) Zahlennachsprechen. 4.) Rechnerisches Denken. 5.) Gemeinsamkeitenfinden. Der sog. "Handlungsteil" besteht aus: 1.) Zahlen-Symbol-Test. 2.) Bilderordnen. 3.) Bilderergänzen. 4.) Mosaik-Test. 5.) Figurenlegen. Diese standardisierten Unterteste werden mit "Rohpunkten" bewertet, die mit Hilfe einer Tabelle in "Wertpunkte" umgewandelt werden.

Unter Berücksichtigung des Alters der Patienten wird aus der Summe der Wertpunkte schließlich der Intelligenzquotient bestimmt.

Ein IQ von 100 entspricht dem Mittelwert der jeweiligen Altersgruppe.

Die Tests wurden immer dann abgenommen, wenn sich praktisch keine oder nur noch geringe Zeichen einer depressiven Phase zeigten, also meistens kurz vor der Entlassung der Patienten.

Geringfügige Fehlbeurteilungen in der Höhe des Intelligenzquotienten konnten wegen der bestehenden Resthemmung der Patienten nicht ausgeschlossen werden. Für die Aussa-

sage der Ergebnisse unserer Arbeit ist dies jedoch nicht von Bedeutung, da der Fehler sich nur in sehr kleinen Grenzen bewegt. Er ist bei allen unseren Patienten zu finden, und es kommt damit zu einem relativen Fehlerausgleich.

D. Eigenes Beobachtungsgut

Wir untersuchten mit dieser Methode 40 Patienten der Universitäts-Nervenklinik Erlangen. Sie litten alle an einer endogenen Depression. Darunter fielen sowohl biphasisch zyklische Verlaufsformen als auch monophasisch periodische Verläufe.

Die Altersverteilung, der Anteil von Frauen und Männern sowie die Intelligenzverteilung ist aus untenstehenden Tabellen 2 und 3 ersichtlich.

Tabelle 2:

Altersverteilung der untersuchten Patienten

		Alter		
		bis 25	26 bis 50	über 50
Männer	20	6	12	2
Frauen	20	1	13	6
Gesamt	40	7	25	8

Tabelle 3:

Intelligenzverteilung der untersuchten Patienten

	Intelligenzquotient		
	bis 95	96 bis 103	über 103
Männer	2	8	10
Frauen	5	9	6
Gesamt	7	17	16

III. ERGEBNISSE

=====

Im folgenden werden wir zunächst den Aufbau eines Relevanzgefüges beim Gespräch mit einem gesunden Menschen darstellen, um dann später anhand von Beispielen die psychopathologischen Veränderungen in der zyklischen Depression näher zu erläutern. Dabei werden wir schrittweise die einzelnen Relevanzbegriffe heranziehen, um jeweils mögliche Veränderungen in der Depression darzulegen. Gleichzeitig werden wir Verschiedenheiten dieser Störungen bei ungleich intelligenten Patienten aufzeigen. Abschließend soll die relevanzanalytische Auswertung in Form von Ratingskalen aller Patienten gezeigt werden, um schließlich anhand von graphischen Darstellungen die Betonung einzelner Relevanzgruppen abhängig von der Intelligenz deutlich zu machen.

A. Darstellung eines ungestörten Relevanzgefüges

Betrachten wir zwei Menschen, die sich unterhalten, so bildet das Gespräch für diese beiden Personen einen kleinen Teil ihrer gesamtsituativen Präsenz. Das Thema des Gespräches hat seinen Ursprung in vergangenen Situationen. So werden erlebte Augenblickssituationen, Einzelsituationen oder Lebenssituationen das Gesprächsthema beeinflussen. Die momentane Umgebung der beiden Gesprächs-

partner als Teile ihrer aktuellen Präsenz wird nur dann von Bedeutung sein, wenn sich hier etwas besonderes ereignet.

Im Normalfall wird also jeder der beiden Gesprächspartner gerade das erzählen, was ihn am meisten beschäftigt. Er wird hierüber ausführlich berichten und möglicherweise öfters darauf zurückkommen. Doch nicht nur die Ausführlichkeit ist entscheidend, ob wir es hier mit einer Kardinalrelevanz zu tun haben. Auch die emotionale Beteiligung kürzer ausgeführter Themen ist von Bedeutung. Rand- oder Ringrelevanzen werden selten oder nur kurz im Gespräch auftauchen.

B. Relevanztektonik in der zyklischen Depression

Wir wollen jetzt anhand eines Explorationsbeispiels die Relevanztektonik einer zyklischen Patientin darstellen.

Fall I:

Frau I.P., 63 Jahre, Rentnerin

IQ: 116

Exploration am 11. April 1969

Die Patientin macht einen stark gehemmten, mittel-schwer depressiven Eindruck. Sie hat häufig ausgeprägte Wortfindungsstörungen, die sie sehr kritisch bemerkt.

Sie sitzt während des gesamten Gesprächs in gebundener Haltung mit auf dem Schoß gefalteten Händen. Ihre Mimik ist deutlich depressiv.

(Ist dies Ihre erste Depression?) Ja. Das heißt...
Nein. Früher nicht. Nein, eine Depression hatte ich früher nicht. Ich war eigentlich immer ganz zufrieden. (Wie fing es denn an?) Ich hatte eben immer schlechte Stimmung. Es war mir eben nicht sowohl in meiner Haut. Vielleicht mag auch das der Umstand gewesen sein, ich war noch im Büro tätig. Und da hab ich das, weil ich mich eben nicht sowohl fühlte, gekündigt. Und dann habe ich die Rente beantragt. Und die bekam ich dann auch für Berufsunfähigkeit. (Hatten Sie keine Lust mehr? Oder fühlten Sie sich dem nicht mehr gewachsen?) Ja, ich hatte wohl auf einmal die Lust verloren... (Plötzlich?) Nein, eigentlich nicht. So langsam wurde es immer schlimmer... (Ging es Ihnen am Tage besonders schlecht?) Nein, eigentlich nicht. Es war von der Tageszeit nicht abhängig. (Spürten Sie eine Veränderung zu früher?) Doch, das merkte ich schon, daß ich deprimiert war. (Was meinen Sie damit?) Gedrückte Stimmung und Menschenscheue. Vor allem hatte ich ja auch fast keinen Appetit. Ich mochte nichts essen. (Hat sich etwas in Ihrer Beziehung zu Ihren Bekannten und Freunden geändert?) Wir hatten einige Familien, mit denen wir verkehrten... na ja, ich wollte niemanden sehen. Ich habe die meiste Zeit auf der Chaise gelegen und im Bett und wollte nicht aufstehen. (Warum denn nicht?) Ich wollte auch nichts tun. Alles ist mir zuviel. An nichts habe ich Interesse gehabt. (Was haben Sie denn früher gemacht?) Wir hatten einen Garten. Die Gartenarbeit war wohl teilweise für Frauen etwas zu schwer.... Rasenmähen und so weiter. Jäten. Und da

gibts da... haben wir Kieferbäume und die verstreuen so viele Nadeln. Da muß man immer die Nadeln so zusammenkehren und das hat einem die Arbeit verleidet. Ich habe sonst gerne im Garten gearbeitet. Da habe ich sozusagen die Flinte ins Korn geworfen, weil diese Nadeln überall waren. Sie haben sich überall hin verstreut. Und auch so der Boden ist hart, so verkrustet. Und wenn es nicht regnet, ist er ganz hart. Und wenn es regnet, ist er wieder zu matschig... Wir haben uns da etwas schlecht überlegt, daß wir die haben stehen lassen. Die hätten wir bald abhizen müssen... (Sie sind aber nicht aus Franken?) Wir sind aus Schlesien. Ich war zuletzt in Breslau. (Wie lange waren Sie denn in Schlesien?) Seit meiner Geburt. Zuerst waren wir in K., da bin ich geboren. Und dann, mein Vater war Eisenbahnbeamter, da waren wir erst in K. und von K. ist dann mein Vater an einen kleinen Ort Sch. hieß er damals, auf der Strecke O. nach G. Danach waren wir in Th. in Oberschlesien. Dann ist mein Vater, dann sind wir, ich eben nach O. zurück und habe dort in Untermiete gewohnt. Und dann habe ich mir mit meiner Freundin zusammen eine kleine Wohnung gemietet. Wir gingen beide ins Büro und abends machten wir uns noch etwas zum Kochen gleich für den nächsten Tag. Dann hat meine Freundin geheiratet und ich bin zu meinen Eltern gezogen, die waren inzwischen nach O. gekommen. Und da hab ich für uns alle eine Wohnung gesucht. Es war dann auch ganz schön. Und von 40 auf 41 bin ich nach G. gezogen.... Und dann im August 1945 kam ich aufs Landratsamt, weil ich gute Kenntnisse in Englisch hatte, und die ich auch noch habe. Da wurde ich für das Übertragen von englischen Texten ins Deutsche verwendet. Dann habe ich eine andere

Beschäftigung auf dem Landratsamt bekommen. Kennkarten ausstellen usw. Und als dann die neue Währung kam, wurden wir dann gekündigt. Dann habe ich meine Eltern gepflegt. Sie sind sehr alt geworden. Jetzt war jeder beinahe 90. Meine Schwester, die eine, die war Lehrerin, da war sie zuerst in R. selber tätig. Und dann später sind wir nach H. gekommen. (Sind Sie noch mit Ihrer Schwester zusammen?) Ja, ja, die Eltern sind ja inzwischen verstorben. Wir leben zusammen. Drei Schwestern. (Wo wohnen Sie jetzt?) In N. Da haben wir ein Häuschen gebaut, d.h. nicht selber gebaut, aber nach unseren Wünschen eingerichtet. (Sind Ihre Schwestern auch nicht verheiratet?) Meine eine Schwester, die Lehrerin ist... hat noch nie so recht Interesse gehabt zu heiraten. Die andere Schwester war kurze Zeit verheiratet. Sie hat dann ihren Mann auf der Flucht verloren. (Zeichnen Sie noch?) Jetzt weniger. Einmal habe ich einen Zeichenkurs von der Volkshochschule mitgemacht, da habe ich wieder einmal ein bißchen gemalt. Dem alten Steckenpferd wieder ein bißchen... aber so recht, da habe ich jetzt doch keine Lust dazu. (Was machten Sie zu Hause?) Zu Hause da hat man wenig Zeit. Da habe ich sehr viel zu tun. (Sind Ihre Schwestern noch berufstätig?) Nein... freilich, es könnte sehr schön sein. Wir könnten ein schönes Leben haben. Aber da ist das in die Quere gekommen. (Glauben Sie, daß es nicht mehr besser wird?) Es ist alles so verkrampt in mir. Ich kann gar nicht richtig reden. Eine kleine Hoffnung habe ich ja schon noch, daß ich erst mal wieder normal werde... (Haben Sie eine Erklärung für Ihre Erkrankung?) Vielleicht war es ein bißchen viel Arbeit. Ich war dann immer gut halbtags beschäftigt beim Kirchenamt. Dann kam das

alles, was man zu Hause tun mußte, im Garten. Dann waren meine beiden Knie nicht in Ordnung. Das alles hat mir den Mut genommen. Das war mir dann etwas viel. (Konnten Sie schlafen?) Die letzte Zeit nicht mehr. Da mußte ich immer etwas einnehmen... (Haben Sie sich viele Gedanken über Ihre Krankheit gemacht?) Ja. Es bedrückt mich sehr, wegen meiner Schwestern jetzt. Denen ich so viel Kummer mache. Daß ich ihnen nicht helfen kann. Ich hätte zwar den besten Willen alles zu tun, aber.. (Die Schwestern kommen doch auch so zurecht?) Na ja, früher war ich immer die Aktivste. Da habe ich immer den Küchen- und Hausdienst gemacht. Und die eine Schwester war ja damals auch noch im Amt. Und da habe ich den Haushalt geführt und die Eltern betreut... Meine ältere Schwester war sehr auf ihren Beruf eingestellt und konnte sonst... sie half mir wohl, sie hat auch nicht so viel praktische Begabung gehabt. Ich war eben immer die Stütze. Jetzt bin ich ihnen nicht aktiv genug. Ich befürchte eben, daß es ihnen zuviel wird. Jetzt muß das Haus neu geputzt werden, neu bemalt und dann so verschiedenes. Die Dachrinne muß schon nochmal gestrichen werden... Reparaturen und so vieles fällt an. Das haben wir uns gar nicht richtig überlegt, dann hätten wir vielleicht gar nicht gebaut. Ich glaube, wenn ich meinen Schwestern nicht helfe, die müssen das Haus verkaufen. (Ist denn die andere Schwester auch nicht praktisch begabt?) Die ist Handarbeitslehrerin gewesen... Ach ja, Gartenarbeit hat sie nicht gerne. Ich hab sogar Kummer, daß, wenn wir alle drei tätig sein könnten, daß wir das dann auch nicht schaffen. Es hat sich dann verschiedenes herausgestellt, was wir hätten praktischer machen können. Man muß die

Dachrinne säubern, da fallen die Kiefernadeln rein, und verstopfen den Abfluß... Der Garten ist schon ziemlich verwahrlost gewesen, ich hab schon sehr gerne im Garten gearbeitet. Ich kann nicht. Es war mir jeder Handgriff zuviel... (Haben Sie viele Blumen oder auch Gemüse?) Gemüse nur ein paar Beete, sonst Rasen und Blumen. Der Terrassenabhang ist mit Steingartenpflanzen bepflanzt... Wir haben nicht die richtige Erde. Es fehlt an der richtigen lockeren Erde. Die kann man jetzt schwer noch mal hereinschaffen. Weil wir so eine lange Einfahrt haben. Nach links zu ist eine Stufe, das ist eine Reihe Rosen vorgepflanzt an der linken Seite und da hat man keine Zufahrt nach der anderen Seite. Jedenfalls macht das Haus mehr Kummer wie Freude... Dadurch daß ich ausfalle, ist der Garten schon gar nicht mehr so schön wie er war. Dann versäumen die zwei auch noch die Zeit mit dem mich besuchen. Und dann müssen sie für die Wäsche und Instandsetzung meiner Kleidungsstücke sorgen. Das machen sie auch, anstatt daß ich es selber mache".

Relevanzanalyse

1. Kardinalrelevanzen

Frau P., eine sehr intelligente Patientin mit einem IQ von 116, macht in der Unterhaltung deutlich, daß die Krankheit und die damit bedingten Veränderungen den Mittelpunkt ihres ganzen Denkens einnehmen und damit die lebenssituativen Relevanzen bestimmen. Ihr größtes Unglück ist, daß sie nicht mehr arbeiten kann. Der Beruf spielt selbst in der Beschreibung ihres Lebensweges

eine dominierende Rolle. Die Klage nicht genügend arbeiten zu können, taucht immer wieder zum Teil spontan auf. Verbunden mit diesen Gedanken ist die Vorstellung, daß sie an diesem Zustand zum großen Teil selber schuld ist. Sie habe es sich nicht sorgfältig genug überlegt, bevor sie und ihre Schwestern das Haus kauften. Sie habe die Flinte ins Korn geworfen, weil diese Nadeln überall lagen usw. Dieses Schuldgefühl wird ergänzt durch ein anderes, daß sie nämlich jetzt ihren Schwestern so sehr zur Last falle durch ihre Krankheit. Sie sagt am Schluß: "Dann versäumen die zwei auch noch die Zeit mit dem mich Besuchen. Und dann müssen sie für die Wäsche und Instandsetzung meiner Kleidungsstücke sorgen. Das machen sie auch, anstatt daß ich es selber mache".

2. Randrelevanzen

Wir finden sehr wenig entferntere Relevanzen in der Erzählung dieser Patientin. Ihre alte Begeisterung für die Malerei wird nur kurz gestreift. Sie spricht zwar davon, daß sie alles nicht mehr interessiert habe, aber was das ist, sagt sie nicht, es liegt ihr jetzt zu sehr am Rande. Alles andere, wie ihre Gartenarbeit, die Last mit dem Garten, die Sorge um die Schwestern, steht ganz im Zentrum ihrer Gedanken.

3. Ringrelevanzen

Sehr ausführlich schildert die Patientin ihren Lebensweg. Daß es sich hier nicht um eine bloße Lebensbeschreibung handelt, sieht man wohl sofort an den vielen Einzelheiten, die die Kranke einflieht. Diese Begebenheiten stehen ihr wieder vor den Augen. Alte Lebenssituationen wurden also wieder relevant. Die Dominanz ihrer wirklichen Kernrelevanzen kommt darin zum Ausdruck, daß sie selbst hier ihren Beruf in den Vordergrund rückt und auch dabei Ansätze für ihr Schuldgefühl findet. Sie hätte ihren Beruf anders wählen sollen und hätte am besten geheiratet.

Zusammenfassend sehen wir also bei der Patientin als Kardinalrelevanz ihre Betätigung zur Zeit vor der Erkrankung. Machtlos steht sie dem Gefühl der Insuffizienz gegenüber, die Garten- und Hausarbeit nicht verrichten zu können. Dieses Insuffizienzgefühl bleibt nicht im Bedauern der eigenen Person stecken, sondern richtet sich auf die Umwelt, indem es zum schuldhaften Versäumnis ihren Schwestern gegenüber wird. Randlevanzen finden sich nur sehr wenige, dafür aber eine Fülle von Ringrelevanzen.

Als Gegenüberstellung zum vorhergehenden Beispiel möchten wir jetzt die Unterhaltung mit einer schwach begabten Patientin zeigen.

Fall II:

Frau M. Ka., 47 Jahre, Hausfrau, verheiratet

IQ: 81

Exploration am 15.1.1969

(Waren Sie schon einmal vorher krank?) War so paar Wochen vorher. Letztes Jahr... Und dann ist es stärker aufgetreten. Dann konnte ich nicht schlafen. (War das das erste Mal?) In der Sommerzeit. Nicht wahr, das hat sich dann wieder gebessert. (Weshalb sind Sie denn jetzt hier?) Weil ich immer nachspekuliert hab. Und da war ich so fertig mit den Nerven. Das ist schon früher gegangen. Wenn ich aufgestanden bin. Sie wissen ja selber wie das so ist, wenn man keinen Schlaf hat. Da ist man so müde. (Was haben Sie denn beim ersten Mal gemacht?) Da bin ich zum Hausarzt... Da hat mein Mann den Herzinfarkt gehabt. Da bin ich so erschrocken, daß es so schnell ging. Die hat mich dann ins Bett gepackt und dann bin ich nicht mehr aus dem Bett raus...Sie hat mir immer gesagt, ich soll mich nicht aufregen...Ich war lieber zu Hause geblieben, weil ich da meinen Hausarzt habe. Meine Schwägerin die wollte unbedingt, daß ich hierher komme. (Gefällt es Ihnen hier?) Na ja. Gefallen. Wenn man halt einen Haushalt hat, und wenn man nicht daheim ist und hat niemanden dazu und muß alles tun. (Müssen Sie denn zuhause jemanden betreuen?) Niemanden. Aber man muß doch mal heim und muß nachschauen...Ich möchte doch bitten, daß ich mal nach Hause darf. Ich muß doch mal nachschauen wie es aussieht, weil ich hab keine Ruhe. (Haben Sie noch Angehörige?) Niemanden mehr.

(Wie ging es Ihnen denn bevor Sie hierher kamen?)

Na ja, da war es sehr schlecht. Da bin ich zum Hausarzt und hab es mit dem Hausarzt ausgemacht. Aber meine Schwägerin war so dahinterher. (Ist es nicht gut für Sie hier?) Na ja, da war es eigentlich ...Nein. Ich sag ja, ich muß mal zu Hause nachschauen.

(Woher kommen Sie?) Aus W. Da kann man ja mit dem Bus hinfahren. Das ging doch... (Warum kommen Sie denn hierher?) Es war nicht auszuhalten vor Schmerzen und vor alles. Ich konnte nicht schlafen. Vor Weihnachten überhaupt nicht. Das war eine Zeitlang besser und dann hat es wieder angefangen, und zu Weihnachten war es wieder sehr schlecht. (Was war denn so schlecht?) Die Schmerzen. Das hat so wehgetan. Das tut jetzt noch so weh. Der Sache muß man ja nachgehen. Aber erst war das alles nicht. (Wie war denn Ihre Stimmung?) Ja, ich war immer traurig. (Seit wann ist das denn so?) Ja, auch so. Wenn ich da hab etwas angefangen, mußte ich es wieder weglegen. Keine Lust. Da hab ich keine Lust gehabt. Ich war so mißgestimmt. (War das zu einer Tageszeit besser?) Na morgens gings ja, aber nachmittags und abends und die ganze Nacht war schlecht. Da waren die Schmerzen so schlecht... so richtig war's halt nicht. Ich bin halt so viel erschrocken, daß es so schnell ging mit meinem Mann. Das hat schon viel beigetragen. Die Leut haben immer gesagt, du mußt mehr Mut fassen. Du darfst nicht nachgrübeln. Ja, ich hab's halt nicht fertiggebracht, da waren die Nerven so angespannt. Da war ich so fertig, daß ich nichts machen konnte. Da wegen einem bißchen geh ich nicht gleich zum Arzt. Aber ich hab das nicht mehr ausgehalten, vor Schmerzen konnte ich nicht schlafen... (Was haben Sie denn in dieser Zeit gemacht?) Na so den Haushalt habe ich schon noch so

gemacht. (Haben Sie mal etwas gelesen?) Gar nicht. Ich habe keine Lust gehabt. Wo ich früher so gerne gelesen hab. (Haben Sie Appetit?) Das war nicht viel. Ich hab ja keine Eßlust mehr gehabt. Ich hab zuvor gern gegessen, ich hab halt nichts runter gebracht. (Haben Sie selber gekocht?) Na ja, so recht war das auch nicht mehr. (Ist es denn hier damit besser?) Der Pfarrer wollte ja auch, daß ich in ein Erholungsheim komme, weil er ja gewußt hat, daß ich so traurig gestimmt war. (Wohnen Sie alleine?) Ja. (Wo wohnt denn die Schwägerin?) Die wohnt in W. und ich in S. Das ist schon ein Stück weg. Da es da so viel Schnee gibt, kann man da gar nicht zueinander. Da ist es schön in W...Ach, ich möchte schon mal vorbeischauen. Es ist halt doch niemand zu Hause. Manchmal kommen die Mäuse rein und da muß man doch mal nachschauen. (Was war Ihr Mann von Beruf?) Landarbeiter, Landwirtschaft. (Kommen Sie denn mit Ihrer Wohnung zurecht?) Ach ja, bloß damals war ich mit den Nerven so abgespannt, da konnte ich nicht schlafen. Da hatte ich so eine Unruhe und habe immer spekuliert, gegrübelt. (Haben Sie Kinder?) Nein, da habe ich keine. Eine innere Unruhe die hat man so, ich weiß nicht wie das war. (War die Unruhe denn immer da?) Ja, sie ist nicht aus dem Kopf rausgegangen. Da hat die Aufregung schon viel ausgemacht. So plötzlich nicht.. Und da war ich fertig. Da hat immer die Schwägerin gesagt, Du mußt ruhiger sein und mehr essen. So geht das doch nicht. Du wirst ja hin dabei. Da war ich dann schwach, weil ich nicht viel essen kann. Da haben sie mir immer zugeredet, Du mußt essen.. (Wo sind denn die Schmerzen?) Ja Kopfschmerzen, daherüber, wie mit Nadeln. Das war schon viel. Wegen ein bißchen Kopfweh geh ich nicht zum Arzt... (Welcher Kirche gehören Sie an?) Katholisch. Die meisten die dort sind, sind evangelisch. Die ausgesiedelt sind,

sind katholisch. (Sind Sie häufig in die Kirche gegangen?) Ja, ja, ohne Kirche ist nichts... ich möchte halt wieder nach Hause. (Sie kommen ja wieder nach Hause!) Ja, ja, da wo sie meinen, da nicht (Sie meint nicht mehr nach Hause zu kommen, sie komme nur tot aus der Klinik).

Relevanzanalyse

1. Kardinalrelevanzen

Von Anfang an stehen bei der Patientin zwei Kernrelevanzen im Vordergrund: zum einen die krankheitsbedingten Veränderungen, also ihr Krankheitsgefühl und zum anderen ihre gewohnte Umgebung, ihre Wohnung.

Gleich zu Beginn werden die Schlaflosigkeit, das Grübeln, die Hemmung als Leitsymptome ihrer Krankheit angeboten. Später schildert die Patientin ihre Kopfschmerzen, die sie mit Nadelstichen in der Haut vergleicht. Das Gefühl der Traurigkeit liegt bei der Patientin in der früheren Phase, über die sie nur berichtet. Zwischen all den Schilderungen ihrer depressiven Verstimmung zeigt sich oft recht unmotiviert die Sehnsucht nach ihrem Hause, ihrer Wohnung, in der sie nach dem Rechten sehen müsse.

2. Randrelevanzen

Neben den beiden ganz im Vordergrund stehenden Themen finden sich bei der Patientin nur wenige Anknüpfungspunkte an andere Themen. Ihre Schwägerin erwähnt

sie nur im Zusammenhang mit der Einweisung in die Nervenklinik. Später spricht sie dann noch einmal bewundernd von der Wohnung und dem Dortsein bei der Schwägerin. Bis auf ihren verstorbenen Mann erwähnt sie nicht einmal die übrige Familie.

3. Ringrelevanzen

Auch bei dieser Patientin wurden vergangene Kernrelevanzen lebhaft in den Vordergrund gerückt. In nicht so ausführlicher Weise schildert auch Frau Ka. das Leben in Schlesien und ihre Aussiedlung. Diese Ausführungen sind im Explorationsbeispiel nicht ausgeführt worden, da wir wegen der Fülle des Stoffes nur gekürzte Fassungen verwenden können.

Betrachtung beider Relevanzanalysen

Bei dieser Betrachtung stellt sich die Frage, ob es durch die Depression zu einer Veränderung oder Störung der Relevanztektonik gekommen ist.

Um diese Frage beantworten zu können, ist es notwendig, das Relevanzgefüge des jeweiligen Patienten im gesunden Zustand zu kennen. Da aber der Untersucher immer als Arzt dem Patienten gegenüber auftritt und das Gespräch immer im krankheitsbetonten Gebäude der Klinik stattfindet, verzichten wir auf eine regelrechte

Nachexploration der nicht mehr depressiven Patienten.
Wir versuchten durch Fremdexplorationen und kleinen Gesprächen mit dem Patienten vor und nach dem Intelligenztest, also kurz vor der Entlassung, ein Bild der normalen Relevanzstrukturen zu erhalten.

Im Fall I (Frau P.) stellte sich heraus, daß es sich um eine sehr vielseitig interessierte Frau handelte, die sich mit dem Untersucher lebhaft über Malerei, Musik und Literatur unterhalten konnte. Ihre Kernrelevanz bestand zwar nach wie vor in der Arbeit im Garten und im gemeinsamen Haus, aber sie sprach dabei auch von der Freude, die ihr die Gartenarbeit bringt.

Bei der Patientin war durch die Depression also kein wirklicher Wandel ihrer Relevanzstruktur vorgegangen, sondern nur eine Umgestaltung. Aus der normalen Kernrelevanz, der Freude an der Arbeit im Haus und im Garten, wurde die depressive Kernrelevanz: Die Arbeitsinsuffizienz mit dem damit verbundenen Schuldgefühl ihren Schwestern gegenüber.

Weiter finden wir eine ausgeprägte Einschränkung der Randrelevanzen in der Depression.

Frau Ka. führt das recht einsame Leben einer älteren Witwe. Ihre Sorge ist somit weitgehend auf ihre Wohnung beschränkt.

Es besteht ein gutes Verhältnis zu ihrer Schwägerin, bei der sie gerne zu Besuch ist.

Sie liest außerdem gerne Romane und arbeitet noch etwas auf dem Bauernhof mit, auf dem sie wohnt.

C. Verhältnis der Relevanzen zu der Lebenssituation

1. Aktivrelevanzen

Wie in der Einleitung schon kurz dargelegt, sprechen wir von Aktivrelevanzen, wenn das Relevanzgefüge oder die Einzelrelevanzen die Lebenssituation prägen. Wir möchten dies wieder an einem Beispiel deutlich machen.

Fall III:

Herr G.B., 59 Jahre, Beamter, verheiratet

IQ: 110

Exploration am 4.3.1969

(Warum sind Sie zu uns gekommen?) Ich bin freiwillig hierher gegangen, weil ich Depressionen hatte. Ich war bei einem Privatarzt. Ich habe gedacht, ich kann die Arbeit nicht mehr schaffen. Da habe ich ein Zimmer, wo auf beiden Seiten Schränke stehen. Da ist gerade soviel Platz, daß man durch kann. Da habe ich immer gesagt, da kriege ich bald Platzangst. Und es ist ganz plötzlich gekommen. Am 7. November oder sowas am 25. habe ich dann eine Arbeitsunfähigkeitserklärung von Dr... beschönigt bekommen. (Waren Sie schon vorher ähnlich krank?) 38 war es mal. (Ich meine kurz vorher?) Die Tage vorher waren ganz normal. Ich habe noch bis zum 7., 8. November gear-

beitet. (War es ähnlich wie früher?) Es ist immer im gleichen Maß verlaufen. Ich habe anscheinend immer das Pech, daß ich jedesmal zu zwei Stellen muß. Bei der zweiten Stelle wird es dann geheilt... (Wie war es dieses Mal?) Ich habe mir eingebildet, ich kann die Arbeit nicht mehr schaffen. Obwohl ich das schon 10 Jahre mache. Es ist halt so gekommen, ich weiß auch nicht warum. (Haben Sie denn die Arbeit wirklich nicht geschafft?) Am Anfang hab ich's halt gemeint. Ich hab's immer noch geschafft, auch in dem Zustand. Was ich gemacht hab, war trotzdem noch richtig, hat der Abteilungsleiter gesagt. (War es zu bestimmten Tageszeiten besonders schlecht oder besser?) Ich bin immer gleichbleibend. So kommt es mir vor. Ich hab bloß hie und da, als ob ein Lichtschimmer in mein Gesicht käme. Da hab ich richtig gemerkt, daß sich die Sache entspannt. (Hatten Sie denn, bevor sie in die Klinik kamen, Zeiten, wo es Ihnen besser ging?) Abends ging's mir besser. (Konnten Sie schlafen?) Ja, schlafen kann ich... (Wie haben Sie sich dann zu Hause gefühlt, nachdem Sie nicht mehr gearbeitet haben?) Das ist für mich äußerst peinlich sowas. Weil ich nur für die Arbeit lebe... (Hat sich sonst etwas wesentlich geändert im Vergleich zu früher?) Die Fröhlichkeit ist dann schon zurückgegangen... Es hat halt alles aufs Gemüt gedrückt. (Was verstehen Sie darunter?) Ich war eben niedergeschlagen und hab an nichts Interesse gehabt. Wenigstens kein großes. Manchmal hab ich die Zeitung gelesen, manchmal ferngesehen, manchmal habe ich privat Fachliteratur durchgearbeitet. Aber das ist eben nicht so von der Hand gegangen wie sonst. (Was war denn abends besser?) Weil ich da ins Bett ging und hab die Nacht vor mir gehabt, da war ich eben ruhiger. Da war ich besser aufgelegt... (Hatten

Sie so ein ähnliches Gefühl wie Angst?) Ja ein bißchen Angst war dabei. Da ist dann furchtbar Schweiß ausgebrochen... (Richtiges Angstgefühl hatten Sie nie?) Richtige Angst habe ich nicht gehabt. Das war eine innere Unruhe und ein unruhiges Gefühl, weil ich nicht weiß, wie die Sache weitergehen soll. (Wie geht es Ihnen denn jetzt?) Jetzt fühl ich mich schon besser. Jetzt kann ich auch schon mal lachen, wenn ein Witz gemacht wird... Früher da ist es mir hart angekommen... (Worüber müssen Sie immer nachdenken?) Ja, ich hab mir Gedanken gemacht, was wird, ob ich in Pension gehen muß, ob ich wieder arbeiten kann. Das ist mir alles durch den Kopf gegangen... Beruf und Familie. (Was beschäftigt Sie daran so?) Na, wenn ich pensioniert werde, ist es entsprechend weniger und ich habe noch eine Tochter auf der höheren Schule, und eine ist schon fertig, die ist Banklehrling.. Das Erste hab ich auch noch. Meine erste Frau ist gestorben in Thüringen. Die ist schon verheiratet, die Große. Wenn ich arbeite, dann ist doch meine Familie gesichert, das ist dann erst in zweiter Linie gekommen. (Können Sie sich noch an die vorhergehenden Male Ihrer Depression erinnern?) Da hab ich 4 Wochen Arbeitsunfähigkeit bekommen und dann ist es wieder gegangen... Damals war ich im Außendienst. Das war auch wieder neu für mich. Anscheinend ist es bei mir entweder die Arbeit wächst mir über den Kopf, oder ich kriege ein neues Arbeitsgebiet... bei mir dreht sich's immer nur um die Niedergeschlagenheit... Ich habe praktisch nur vor mir Angst, daß ich das nicht bewältigen kann, was von mir aufgezeichnet ist... (Machen Sie sich deswegen Vorwürfe?) Ja, daß mir das eben zuviel ist, daß mir die Arbeit über den Kopf wächst.. (Sind Sie denn mit anderen Menschen weiterhin gut ausge-

kommen?) Ich hatte ja Parteiverkehr. (Haben Sie einen Unterschied zu vorher bemerkt?) Ja, ich habe mich halt abgekapselt, möchte ich so sagen... (Warum haben Sie sich denn zurückgezogen?) Weil ich eben gedacht hab, die merken das auch, daß ich nicht mehr so arbeiten kann. Mit Bekannten bin ich schon immer noch verkehrt, die sind immer Samstag und Sonntag gekommen...Vor den Leuten hab ich mich praktisch geschämt.

Bei diesem intelligenten Patienten wird deutlich, wie die neue Lebenssituation, die Erkrankung, von einer Aktivrelevanz, dem Beruf, geprägt wird. Die meisten Beschwerden des Patienten kreisen um diesen Punkt. Die große Thematik, die Arbeitsinsuffizienz, das Unvermögen, die geforderte Arbeit zu bewältigen oder zumindest das Gefühl, sie nicht bewältigen zu können, richten sich auf verschiedene weniger wichtige Hauptrelevanzen. Hier kommen vor allem die Sorge um das Wohl der Familie zum Ausdruck. Nach der Meinung des Patienten ist dieses durch sein eingeschränktes Arbeitsvermögen stark gefährdet. Zum anderen erkennen wir die Beziehungen zu seinem Selbstwertgefühl. Er sagt: "Das ist für mich äußerst peinlich sowas, weil ich nur für die Arbeit lebe". Zum anderen macht er sich Vorwürfe, "daß mir das eben zuviel ist, daß mir die Arbeit über den Kopf wächst".

Mit diesem Beispiel wollten wir zeigen, wie stark eine Aktivrelevanz die übrigen Relevanzen prägen kann.

Alle anderen Relevanzen, die sich in der Exploration deutlich machten, treten dagegen in den Hintergrund. Seine Familie ist nur soweit relevant, als sie im Bezug steht zu seiner Arbeitsinsuffizienz (5). Andere zwischenmenschliche Relevanzen werden kaum spürbar. Selbst das Schuldgefühl (2) dieses gewissenhaften Menschen ist nicht so sehr auf seine engen familiären Partner, Ehefrau und Kinder, gerichtet, wie auf sein eigenes Versagen (3).

2. Passivrelevanzen

Es ist äußerst schwierig, ein Beispiel für Passivrelevanzen darzustellen, da nur wenige Patienten - und dann nur in geringem Umfang - Formen der Passivrelevanzen dem Untersucher preisgaben. Selten wird die Liebe zum Ehepartner, zu den Eltern oder zu einem anderen nahestehenden Menschen, das Gefühl des Geborgenseinwollens, deutlich von den Patienten ausgesprochen. Man hat oft sogar den Eindruck, daß sie ganz im Gegenteil alleingelassen sein wollen, daß sie tröstende Worte nicht hören wollen. Nur in diesem Zusammenhang kann man verstehen, daß u.a. KRANZ von einer "autistischen" Krankheit spricht (7).

Auch wenn wir kein gegenteiliges Beispiel zeigen können, so möchten wir dem widersprechen. Handelt es sich

doch in den meisten Fällen nur darum, daß der Patient sich dazu aufraffen muß, aus seiner Hemmung heraus dem Arzt sein Leid vorzutragen. So passiert es häufig, daß der Patient während der Unterhaltung dissimuliert und dabei einen gefästen Eindruck macht. Wenn man aber die Unterhaltung beendet, zögert er. Es ist deutlich zu spüren, daß er jetzt das eigentliche sagen möchte. Diese "Reaktion im letzten Augenblick", wie WIECK dieses Verhalten benennt, kann wohl nicht als autistisch angesehen werden, als bewußtes Absperren gegen die Umwelt. Hier muß man die Hemmung in den Vordergrund rücken. Letzten Endes ist der Patient dankbar, wenn man sich ihm persönlich zuwendet. Damit soll nicht behauptet werden, daß dieser Zuwendung zum Patienten ein deutlicher therapeutischer Effekt auf das Grundleiden zukommt, wohl aber, daß sich die innere Situation und die Werthaltungen günstig verändern.

Wir möchten auch hierfür wieder ein Beispiel mit Ausschnitten aus mehreren Unterhaltungen aufzeigen.

Fall IV:

Frau E. Fr., 44 Jahre, Hausfrau, verwitwet

IQ: 118

Exploration am 8.1.1969

(Warum kommen Sie in die Nervenklinik?) Weil ich krank bin. (Wie äußert sich das?) Das äußert sich in Depressionen... Erstens kann ich nicht schlafen,

zweitens kommt mir das ganze Leben völlig sinnlos vor. Alles ist mir gleichgültig. Alles ist grau in grau. Ich habe keine Kraft, irgendwas Vernünftiges zu tun... Das Überlegen fällt schwer. (Haben Sie diese Veränderungen erst in letzter Zeit bemerkt?) Das ist nicht ganz so neu... Ungefähr vor zwei oder vor drei Jahren. Zweimal schon. (War es damals ähnlich wie jetzt?) Ähnlich, ja. Aber jetzt ist es besonders stark... Das fing so an, daß ich von heute auf morgen nicht mehr schlafen konnte (Dachten Sie da gleich an Ihre früheren Depressionen?) Nein. Gar nicht, ich dachte an Überarbeitung. (Was arbeiten Sie?) Gar nichts. Ich habe drei Kinder.. Mit Schlafmitteln war da nichts zu machen. Dann kam ich zu einem Nervenarzt, der gab mir Adumbran, dann ging es wieder eine Weile... (Wie lange dauert diese Besserung?) Plötzlich nach 3 Monaten. In der selben Zeit wurde mein Mann krank und starb zwei Monate später. Dann fing der ganze Tanz von vorne an. (Was?) Nun man merkt ja, wenn das Leben einem keinen Spaß mehr macht. (Kamen diese Gefühle plötzlich?) Nein... Sowas vollzieht sich ja wohl langsam. Und mit einem Mal wird es dann so stark, daß man es als unangenehm und störend empfindet... Wo einem alles zuviel ist. Das geht bei mir schon länger. Das geht seit 6 Jahren schon so .. (Vor 6 Jahren war da Ihre erste Depression?) Ich weiß nicht, ob man das da schon Depression nennen konnte...Nein so schlimm war es nicht, aber der Drang alles abzuschieben und die schlechte Stimmung, das ist schon 6 Jahre.

(Wie alt sind Ihre Kinder?) Meine Kinder sind 14, 12 und 8. (Kommen Sie mit Ihnen gut zurecht?) Ja, wenn's mir gut geht schon. Sonst ist es viel schwieriger. Man ist gereizt. Man ist müde. (Bemerkten Sie einen Unterschied in der Beziehung zu Ihren Kindern?) Doch

das merkt man schon. Sie sind einem schon wichtig. Aber irgendwie sitzt man gleichgültiger dagegen. Man hat weniger Freude an ihnen, aber die Sorgen bleiben. Die Sorgen, die man mit Kindern hat. Vielleicht im Gegenteil, sie verstärkten sich vielleicht... (Kommen Ihre Kinder in der Schule zurecht?) Es geht, wollen wir mal sagen. (Helfen Sie ihnen dabei?) Ich? Ja. Solange ich konnte, habe ich mitgemacht und aufgepaßt... In der letzten Zeit war es nicht mehr möglich. (Wo sind Ihre Kinder jetzt?) Die beiden Großen natürlich nicht. Das macht mir doch etwas Sorgen. Sie sind sich da selbst überlassen... Was sie da nun machen, ob sie ordentlich lernen, das weiß ich nicht... (Kennen Sie eine Erklärung für Ihre Krankheit?) Für den jetzigen; ja. Im allgemeinen weiß ich keine Erklärung dafür... Ich glaube, das ist alles im Lauf der Jahre zuviel geworden, und sehr anstrengend für mich jedenfalls. Manchen macht das ja weniger aus. (Gefällt es Ihnen hier?) Nein... Wem gefällt das schon ... Im großen und ganzen ist es doch nichts anderes als den ganzen Tag herum-sitzen mit Leuten, denen es ähnlich geht und hat Zeit, seinen Gedanken nachzuhängen... Außerdem fehlt einem geistige Anregung... die Unterhaltungen drehen sich doch auch um dasselbe. Jeder erzählt, was ihm gerade fehlt... (Warum sprechen Sie nicht selber ein anderes Thema an?) Nein, mir ist nicht sehr nach Gesprächen zumute, am liebsten halte ich den Mund. Denn man wird ja doch sehr gleichgültig allem gegenüber... (Haben Sie berufliche Pläne, oder sind Sie finanziell unabhängig?) Vorläufig schon... Gedanken mache ich mir schon... Ich komme aber da nicht weiter... Und vorläufig geht das ja nun gar nicht, denn der Jüngste ist ja erst 8. Kinder müssen das Gefühl haben, sie werden überwacht... (Machen Sie sich Sorgen um später?) Was mich

an dem Gedanken an später stört, ist daß ich keinen Beruf habe. (Haben Sie schon einmal gearbeitet?) Nein, ich konnte einfach keinen Beruf ergreifen. Denn 45 war ja alles aus. Es gab keine Pension mehr. Mein Vater war gefallen. Und ich mußte irgendwas tunt, um mich über Wasser zu halten. Da hab' ich bei englischen Dienststellen gearbeitet, die brachten damals recht viel ein, aber für heute ist das nichts. (Können Sie keine Kurse nehmen?) Es bestehen Möglichkeiten, aber nicht mit drei Kindern. Ich hab' mich schon mehrfach orientiert, und es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten. Aber nicht für mich. (Sehen Sie noch andere Gründe für Ihre Krankheit?) Ja, ganz bestimmt. Wir sind erst im Mai nach Erlangen gezogen. Und dieser Umzug, der hat mich nachträglich, glaube ich, umgebracht. Man muß sich ja neu einleben, sich völlig umstellen. Das ist mir wahrscheinlich sehr schwer gefallen. (Wie lange lebten Sie in S.?) In S. waren es 10 Jahre. Und ich bin nach Erlangen umgezogen, damit die Kinder bessere Ausbildungsmöglichkeiten haben. Denn in S. gibt's sowas nicht... (Haben Sie Berufspläne für Ihre Kinder?) Der Älteste ist im Ohm-Gymnasium. Der zweite ist in der Realschule. (Wollen Sie die Ausbildung Ihrer Kinder abkürzen?) Das weiß ich nicht. Das liegt daran, wie sich die Kinder weiter entwickeln. Aber ich hab' doch vor, sie die mittlere Reife machen zu lassen, dadurch haben sie mehr Möglichkeiten später... (Wie geht es Ihnen jetzt?) Abgespannt ist eigentlich kein Wort dafür. Ich fühle mich einfach unfähig, noch etwas zu tun. Alles wurde ein Problem. Das fing morgens mit dem Aufstehen an und hörte abends auf. (War es irgendwann am Tage etwas besser?) Morgens war es natürlich schlechter. Gegen abends flaut es ein bißchen ab. Morgens hängt einem das Leben wirklich zum Hals heraus, und abends denkt man,

man kann es noch einen Tag versuchen. Seit November ging es eigentlich ständig so... Ich konnte kaum noch Mittag zusammenkriegen. Um die Kinder konnte ich mich schon gar nicht kümmern. Ich weiß nicht, ob sie gelernt haben in der Zeit, was sie gemacht haben... (Hatten Sie so etwas wie Angst?) Angst ist auch sehr viel dabei. Eigentlich vor allem, was auf einen zukommt. Dinge, die einem sonst weniger ausmachen, die mit denen man sonst fertig wird... Vor ganz alltäglichen nicht. Manchmal auch vor dem... (Machen Sie sich Vorwürfe?) Jetzt bei diesem ja, ich ärgere mich darüber, daß wir umgezogen sind. Da wäre es mir nicht passiert, da war ich ja auch in Behandlung... Die neue Umgebung, das Einleben, die Kinder haben sich nicht so zurecht gefunden. Es gefällt mir nicht sehr hier... (Betrübte Sie die häufige Einsamkeit?) Teilweise ja. An sich bin ich gerne mal allein, aber nicht auf die Dauer. .. (Wann verstarb Ihr Gatte?) Im Dezember 66... (Wie lange waren Sie verheiratet?) 17 Jahre... Ich hatte mir da in S. einen kleinen Kreis geschaffen. Und als mein Mann noch lebte, war ich eigentlich nur zu Hause. Wenn mein Mann spät abends nach Hause kam, ich wollte da nicht weg sein, wenn er kommt... (Was machten Sie zu Hause außer Hausarbeit?) Das nimmt enorm viel Zeit in Anspruch. Die Hausarbeit liegt mir nicht... Aber wenn die Kinder zu Hause sind, ist ja immer irgendwas. (Lesen Sie manchmal?) Jetzt nicht. In S. habe ich eine Zeit lang viel gelesen.. Ich guck' auf bedrucktes Papier und faß' den Sinn gar nicht. Die ersten zwei Monate, die ich hier war, ging das noch. Dann kam das so schlagartig, daß mir so ungemütlich wurde... Ich habe nie geglaubt, daß ich mich nach S. zurücksehnen würde... Was mich eben auch sehr stört, ist, daß die Kinder eben nicht so richtig hereingefunden haben. Der Kleine ist ganz aus dem Boot gekippt, er klaut, er hat Schule geschwänzt... alles

Dinge, die er vorher nicht getan hat. Bei den Größeren ist es etwas besser. Sie haben beide Kreise gefunden, wo sie ihren Spaß haben... Bei dem Kleinen ist es wirklich manchmal anstrengend, und ich hab' das Gefühl, ich werde mit ihm nicht recht fertig... Er lügt das Blaue vom Himmel herunter, nur um sich einen Vorteil zu verschaffen. Ich bin ja eben nicht in der Lage, alles zu überblicken. Ich sehe die Kinder nicht objektiv, sondern subjektiv im Moment. Ich kann mir nicht sagen, das geht alles wieder vorbei, eine Aufregung lohnt sich nicht. Ich habe lange versucht dagegen anzugehen... Sicher kann ich die Kinder wieder in eine normale Situation bringen, aber das hängt von mir ab. Denn das merken die Kinder ganz ausgesprochen, wenn es mir nicht gut geht... Ich habe nur vor einer Angst, daß es wieder kommt, weil es ja das drittemal ist. Meinetwegen ist das mir egal, ich würde hier noch eine ganze Weile zubringen, aber wo bleiben jedesmal die Kinder? Das ist kein Zustand, daß man sie rumschupst von einer Ecke in die andere....

Was mich noch beschäftigt, sagte ich Ihnen ja schon, daß ich keinen Beruf habe. Es beschäftigt mich die Rente, die zu klein ist. Wenn ich eine ausreichende finanzielle Sicherung hinter mir hätte, würde es mir auch wahrscheinlich besser gehen. Aber die Rente ist so, daß, wenn ich nicht hie und da etwas dazubekäme, dann müßte ich arbeiten. Und was dann dabei herauskäme, weiß ich wirklich nicht... Und eines Tages bin ich darauf angewiesen, daß ich arbeite. Das dreht sich immer in diesem Kreis. Kinder, Geld, Arbeiten, dann geht es wieder von vorne an... (Merkten Sie einen Unterschied zu vorherigen Phasen?) Das letzte Mal nicht, es war genauso, aber es ging vorbei... Man liest und liest und plötzlich merkt man, was für ein Unsinn das ist, so daß man das Buch

am liebsten in die Ecke schmeißen möchte. Es kommt mir eben alles so sinnlos vor. (Hatten Sie den Gedanken Selbstmord zu begehen?) Das wäre sehr angenehm. Wenn man alles hinter sich schmeißt und nicht mehr mit damit zu tun hat, so ist das sehr schön. (Warum haben Sie ihn nicht ausgeführt?) Weil man zu feige ist, im großen und ganzen. (Welcher Kirche gehören Sie an?) Evangelisch. (Würden Sie sich als gläubig bezeichnen?) Ich weiß nicht, ob ich so sehr gläubig bin... (Haben Sie einen Selbstmord schon geplant gehabt?) Ach, ich habe es mir so manchmal überlegt. Jeden Morgen dachte ich, heute noch und am Abend ist Schluß... Wahrscheinlich mehr ein Gedanke. Außerdem mußte ich ja an die Kinder denken... Manchmal fragte ich mich, ob es nicht besser für die Kinder wäre, irgendwo anders untergebracht zu sein, als mit mir zusammenzuleben... Unter diesen Umständen war es für die Kinder ja nicht sehr angenehm. Denn die Kinder wurden dadurch ja auch bedrückt... Die beiden Großen taten auch schon Äußerungen, wie: es hat ja alles keinen Sinn und Zweck... (Wo sind Sie geboren?) In Riga. (Sind Sie dort aufgewachsen?) Bis zu meinem 17. Jahr, dann kam der Krieg mit der Umsiedlung. Dann kam Posen. Das waren 5 Jahre. Dann hörte eigentlich das angenehme Leben auf. Ich nehme an, daß diese fortwährende Anstrengung, denn das geht schon 23 Jahre, denn von da an war das Leben sehr anstrengend, daß das mich so weit gebracht hat. Unter normalen Umständen wäre es vielleicht nicht dazu gekommen... (Denken Sie gerne an Ihre Jugendzeit zurück?) Ja, ja durchaus. Ich denke oft zurück... Ich hatte noch einen jüngeren Bruder. Meine Mutter war krank, das war, kann man wohl sagen, zum Teil bedrückend, das

hat mich auch immer schon beängstigt. Und zwar hatte ich mein Leben lang Angst vor den Russen. Mein Großvater wurde ermordet. Er war ein baltischer Märtyrer. Es wurden ja sehr viele Pastoren ermordet damals... Diese ganzen ersten 14 Jahre sind sehr lebendig. (Denken Sie sehr viel zurück?) Doch, ja. Vielleicht weil es eine sehr viel sichere Zeit war...Ich seh' das noch so lebendig vor mir, als ob das gestern wäre... (Würden Sie wieder Kinder haben wollen?) Keine... Ich hatte bevor und als ich verheiratet war, nicht unbedingt das Gefühl, daß ich Kinder haben müßte. Ich war eigentlich dagegen...Ich machte mir überhaupt nichts aus Kindern. (Haben Sie diese Meinung geändert?) Bei meinen eigenen natürlich...Ich kam aber meistens mit Kindern sehr viel besser zurecht als andere... Und wenn ich die Dinge so sehe, wie sie heute so sind, dann frage ich mich, ob man heute jemanden zumuten kann, auf diese Welt zu kommen...

Am Anfang antwortet die Patientin kurz und mit dem Unterton, daß der Untersucher sie doch nicht verstehe. Passivrelevanzen tauchen fast nicht auf. Während der Gespräche findet die Kranke jedoch mehr und mehr aus ihrer "autistischen" Haltung zu einer zugewandten Unterhaltungsform. Sie erzählt von den Schwierigkeiten und Sorgen mit ihren Kindern und zeigt ihre eigenen persönlichen Schwächen auf. Allmählich verliert die Patientin die anfänglich aggressive Einstellung, um sich später ganz ihrer depressiven Stimmung hinzugeben. Auch das Äußere der Patientin hat sich verändert. Die anfangs straffe und gefaßte Haltung

verwandelt sich zusehends in eine weiche, wobei die Patientin auch des öfteren weinte. Was am Anfang immer nur als nicht möglich deklariert wurde, ging immer mehr in die Suche nach einer Lösung über. Doch auch in diesem Stadium gibt Frau Fr. nur wenig Passivrelevanzen preis: Ihre beschützte und sichere Jugendzeit, nach der sie sich zurücksehnt, und ihr vertrauter Bekanntenkreis in S., den sie in Erlangen sehr vermißt.

D. Relevanzformen und deren Veränderungen

1. Allgemeinformen

a.) Fundamentalrelevanzen

In der Unterhaltung mit der Patientin Fr. wurde einer der wesentlichsten Punkte der zyklischen Depression sehr deutlich: Die Erschütterung des Relevanzfundamentes. Damit ist alles für die Kranke in Frage gestellt, ihr Leben, der Sinn ihres Lebens, liebgewonnene Gewohnheiten, alltägliche Beziehungen zu Mitmenschen. Die Patientin fragte deswegen auch direkt nach dem Sinn ihres Lebens und fand keine Antwort. Ihre Gedanken laufen von der finanziellen Not über die Arbeit, die sie angeblich nicht findet, weiter zum Sinn des Lebens, der wieder begreifbar würde, wenn sie mehr Geld hätte usw. In diesem Circulus vitiosus bleibt die Patientin stecken, da sie aus ihren erschütterten Fundamentalrelevanzen keine Kraft schöpfen kann. Kommt es zur völligen Zerstörung dieses

Fundamentes, so ist die zwingende Folge nicht wie bei unserer Patientin das kritische Feststellen der Sinnlosigkeit, sondern der meist plötzlich ausgeführte Selbstmord. Vergleichen wir nun die Explorationen bei Frau Fr. (Fall IV) mit einem IQ von 118 mit Frau Ka. (Fall II) mit einem IQ von 81, so können wir beidesmal die Erschütterung des Relevanzfundamentes feststellen. Bei der schwachbegabten Frau Ka. kommt dies nur indirekt zur Geltung. Sie grübelt viel, ist traurig, abgeschlagen und kann sich zu nichts aufraffen. Die Patientin ist nicht in der Lage, diesen Zustand zu abstrahieren, sondern sie bezieht ihn auf ihren Körper. Daraus folgen Schlaflosigkeit, mangelnder Appetit und Kopfschmerzen (4, 6).

Frau Fr. dagegen gibt sich damit nicht zufrieden. Sie sieht den Sinn ihres Lebens nicht primär in leiblichem Wohlergehen. Neben ihren eigenen geistigen und schöngeistigen Ansprüchen, setzt die Kranke sich das anspruchsvolle Ziel der optimalen Erziehung und Ausbildung ihrer Kinder. Diese Forderungen kann Frau Fr. während der Krankheit nicht erfüllen und muß daher zwangsläufig zur Auffassung gelangen, daß ihr Leben sinnlos ist. Sie bedarf nicht ihren Körper als Bezugspunkt. Körperliche Krankheitserscheinungen treten weit in den Hintergrund.

b.) Wertrelevanzen

Diese allgemeine Relevanzform scheint für unsere Arbeit von besonderer Wichtigkeit zu sein. Überblicken wir die Exploration von Fall IV, so stoßen wir fast überall auf zum Teil angedeutete, aber auch ausgeprägte Schuldvorstellungen und zum anderen auf Selbstvorwürfe. Die Patientin findet sich nicht mit ihrer Insuffizienz ab, sondern sieht darin ein Versäumnis, eine Schuld. Auf die Frage, ob sie sich Vorwürfe mache, antwortet die Patientin: "Jetzt bei diesem Mal ja. Ich ärgere mich darüber, daß wir umgezogen sind. Da wäre es nicht passiert, da wäre ich ja auch in Behandlung, da ginge es mir schon ganz gut". An anderer Stelle klagt sie über ihre Kinder und sagt: "Sicher kann ich die Kinder wieder in eine normale Situation bringen, aber das hängt von mir ab, denn das merken die Kinder ganz ausgesprochen, wenn es mir nicht gut geht". Noch später sagt die Patientin: "Manchmal frage ich mich, ob es nicht doch besser für die Kinder wäre, wenn sie irgendwo anders untergebracht wären, als mit mir zusammenzuleben. Unter diesen Umständen war es für die Kinder ja nicht sehr angenehm, denn die Kinder wurde ja auch bedrückt". Die Patientin klagt zwar darüber, daß sie sich zu wenig mit den Kindern beschäftigen könne, daß sie ihr gleichgültig seien und sieht darin eine deutliche Schuld, aber überall tauchen die Kinder

in zwischenmenschlichen Relevanzen auf. Sie würde sich sogar mit ihrer Krankheit abfinden und eine ganze Weile in unserer Klinik zubringen, wenn sie wüßte, wo dann die Kinder bleiben könnten.

Wir sehen also, daß mit dem Absinken der Stimmung das System der Wertrelevanzen, auch Gewissen genannt, mehr an die Oberfläche kommt. Je differenzierter der Mensch, desto differenzierter sind seine Wertrelevanzen und in der Zylothymie daraus folgend seine Schuldvorstellungen oder im Extrem sein Schuldwahn (2). Je differenzierter der Kranke, umso steiler und höher ragen die Wertrelevanzen, das Gewissen, in die normale Wertwelt hinein (28). Um so eher wird es bei diesen Patienten schon bei leichten depressiven Phasen zu Schuldgedanken und Selbstvorwürfen kommen. Daran mag es auch liegen, daß wir in unserem Beobachtungsgut schwere Schuldgedanken hauptsächlich unter den intelligenteren Patienten gefunden haben. Damit sei nicht gesagt, daß ein minderbegabter Patient nicht zu Schuldgedanken fähig ist. Es heißt nur, daß er tiefer in die Depression verfallen muß, um Schuldgedanken hervorzubringen.

Als Beispiel dafür möchten wir die Unterhaltung mit Frau Fe. mit einem IQ von 102 zeigen. Die Kranke stand in einer wesentlich tieferen depressiven Phase als Frau Fr. von Fall IV. Es war zeitweise gar nicht möglich, die Patientin zu einem Gespräch zu ermuntern.

Fall V:

Frau Th. Fe., 53 Jahre, Rentnerin, ledig

IQ: 102

Exploration am 8.6.1971:

(Was fehlte Ihnen damals?) Ich bin halt nicht mehr aufgestanden, gegessen hab' ich auch nicht mehr, (Sind Sie überhaupt aufgestanden?) So zwischendurch bin ich schon immer wieder aufgestanden. Ich hab' bis zum Schluß immer noch ein bißchen was getan. Da bin ich den ganzen Tag auf dem Gang auf und ab gelaufen, dann haben die - da sind 6 Wohnungen - gedacht, was da los ist...Ich aß nichts mehr, da bin ich so runtergekommen. (Wie lange geht das schon?) Also, daß ich nicht mehr gesund bin - seit Weihnachten. Der Bub hat seine Krippe aufstellen wollen, da hab ich dann sehr geschimpft, und hab' gesagt, du fängst ja schon bald an mit dem Aufbauen. Und alles hat mich gestört einfach. So ist das kein Leben, das weiß ich auch. Wenn man sich nicht mehr zurecht findet. (Wieviele Kinder haben Sie?) Zwei. Die Tochter ist 29 und der Sohn ist 15...(Wie ist denn Ihre Stimmung?) Was heißt da Stimmung. Fröhlich bin ich bestimmt nicht gewesen. Aber das eigentliche war ja, daß ich zu nichts mehr komme, ich bringe ja nichts mehr zusammen. (Können Sie es nicht mehr?) Ich glaub', nicht können, ich weiß es nicht. Ich hab' immer auf die Zeiger auf meiner Uhr geschaut und die ging immer weiter und es war nichts gemacht. Dann habe ich 16 Pfund abgenommen. Es gab auch eine ganze Woche, wo ich überhaupt nichts gekocht hab'. (Hatten Sie keinen Appetit?) Da war mir das Kochen zuviel, da hab' ich lieber auf's Essen verzichtet. (Was machten die Kinder?) Meine Tochter ist verheiratet, und der Sohn der kocht/sich

halt selber seine Suppe. Und für mich auch noch. Der lief von der Schule zwischendurch mal rüber und sagte zum Lehrer, er muß sich umschauen bei mir... Aber jetzt kann ich mich über nichts freuen. (Können Sie sich einen Grund für Ihre Krankheit denken?) Nein, nichts, gar nichts... (Wo ist Ihre Tochter?) Die wohnt jetzt in B. (Hat sie Sie öfters mal besucht?) Ja immer, die hat sich sehr viel um mich gekümmert. (Kamen Sie mit Ihren Kindern immer gut zurecht?) Ja so, freilich. Bis jetzt hat jeder vom Bub gesagt, daß er anständig sei... (Geht es am Tage manchmal besser oder schlechter?) Ja gegen Abend geht es etwas besser und nachmittags. (Was ist da besser?) Vielleicht die Angst, daß ich nicht in's Bezirkskrankenhaus muß, da hinüber. (Warum denn?) Ja wenn ich nichts mehr werde... Und jetzt die Aufregung und alles. (Welche Aufregung?) Ja ich hab zu Hause meiner Tochter recht zugesetzt, daß es nicht mehr gut wird und so. Die ist auch schon ganz fertig. Und jetzt muß sie von mir und von dem Sohn die Wäsche machen... Ich glaub' auch, daß es meine Schuld ist, daß ich mit den Nerven so herunterkam. Ich hab' erstens so abgenommen, ich hab' 18 Pfund abgenommen... Und dann die Angst, daß ich nicht mehr gesund nach Hause komme. Daß ich nicht mehr in die Lage komme, meinen Haushalt selber zu machen, und was halt so dazu gehört. (Was macht der Sohn?) Der ist 15... und geht in die Realschule. (In welcher Kirche sind Sie?) Ich bin katholisch. Ich bin regelmäßig in die Kirchen. Da kommt natürlich auch das Schuldgefühl auf, mit dem ich nicht fertig werde: Ich habe ein Kind abgetrieben, das hat ein Arzt gemacht. Das schlepp' ich herum und fühle mich schuldig. (Wann war das?) 42 und 48. (Ist das für Sie eine Schuld der Kirche gegen-

über?) Na jetzt wird das Problem so sehr diskutiert und auch im Kirchenblatt, überall liest man davon. In der katholischen Kirche ist das Mord. Jedesmal, wenn ich mit den Nerven herunter bin, dann kommt all das alte, wie ein Bildschirm. Meistens kann ich auch nicht schlafen, weil mir das eben immer wieder durch den Kopf durchgeht. Und vor allem, daß ich auch keine richtige Mutter bin, kein richtiges Muttergefühl hab'. Ich find', ich hab' als Mutter ganz versagt. In jeder Beziehung. (Wie meinen Sie das?) Daß ich eben nicht so eine richtige Mutter bin. Zum Beispiel sollte ich mir doch jetzt viel mehr Kummer und Sorgen machen, wie sich mein Sohn alleine durchschlagen muß, wie er jetzt untergebracht ist, aber das ist nicht der Fall... (Was beschäftigt Sie noch?) Mein ganzes Leben, was ich falsch gemacht hab'... Das ist auch so qualvoll, nichts arbeiten zu können. Ich seh die Arbeit da drunten, aber ich kann mich doch nicht aufraffen, was zu machen, das ist noch das allerfürchterlichste. Ich kann mir nicht vorstellen, daß ich wieder mal meinen Haushalt führen soll... (Wann ist Ihr Mann gestorben?) Mein Mann ist 42 gefallen. Ich frag mich auch oft, ob ich krank geworden wäre, wenn er wiedergekommen wäre. (Warum?) Ich hab' halt damals so viele Probleme gehabt. Wie ich meinen Bub außerehelich bekommen hab', hab' ich meine Arbeit verloren...

Auch hier können wir sehen, wie neben der eigentlichen Symptomatik der zyklischen Depression, also Kopfschmerz, Interessenlosigkeit, Absinken der Stimmung

usw. die Schuldthematik in den Vordergrund rückt. Wenn es der Patientin noch schlechter geht zum Zeitpunkt der Exploration, so tritt die Schuldthematik dominierend auf. Die Patientin drückt das so aus: "Das schlepp' ich herum und fühl' mich schuldig". Ihre Stimmung ist tief depressiv. Die Kranke ist stark gehemmt und verharret immer wieder beim Thema der Abtreibung und der schlechten Mutter, die sie selbst sei. Die durchaus vernünftige Patientin findet keine Gegenargumente gegen ihre Schuldgedanken, da bei ihr allein die Wertrelevanzen zur Wirkung kommen. Sie ist sich sicher, eine schlechte Mutter zu sein, obwohl ihre Gedanken immer wieder um ihren Sohn, der noch bei ihr wohnt, kreisen. Ausgelöst werden diese Schuldgedanken durch die Erinnerungen an zwei Abtreibungen im Jahre 1942 und 1948. Es kommen ihr keine anderen Relevanzen zur Hilfe, um sie zu entlasten (31). Ganz im Gegenteil: sie findet Einzelheiten ihres schlechten Verhaltens.

3. Relevanzdynamik und Relevanzausgriff

Bevor wir die Relevanzdynamik in der Zykllothymie betrachten, möchten wir den normalen dynamischen Aufbau eines Relevanzsystems darlegen. Jeder Mensch baut ständig eine Reihe von Relevanzen auf, die durch eine Fülle von Augenblickserlebnissen oder vieler Erlebnisreihen bedingt sind. Diese ständige Neubildung macht eine komplizierte Speicherung nötig. Ausschlaggebend ist

dabei, ob das neu Hinzukommende eine Verbindung zu alten Kernrelevanzen hat, oder mehr einen Zusammenhang mit weiter peripher gespeicherten Relevanzen aufweist. Je nachdem, welche der beiden Konstellationen vorliegt, wird die neu gebildete Relevanz im Kerngebiet oder mehr am Rande liegen.

Die Lage der einzelnen Relevanzen ist jedoch nicht statisch für alle Zeit festgelegt. Eine autonome Dynamik kann jederzeit Randrelevanzen in das Kerngebiet verlagern und umgekehrt, Kardinalrelevanzen an den Rand abdrängen.

Der Relevanzausgriff läßt nun das Wirksamwerden dieser Dynamik erkennen, indem die Relevanzen vom Gegenwärtigen ins Zukünftige weisen.

Kommt es in der Zykllothymie nun zu Veränderungen dieser Faktoren?

Betrachten wir unsere bisherigen Explorationsbeispiele mit ihren wahnhaft ausgeformten Schuld- und Verarmungsvorstellungen, so erliegt man leicht der Versuchung zu sagen, daß doch gerade die Unmotiviertheit dieser Gedanken am besten zeige, daß durch eine gestörte Relevanzdynamik Relevanzen aus dem Rand- oder gar Ringbereich ins Zentrum gebracht wurden und dadurch diese unverständlichen Reaktionen auftreten. Bei relevanzanalytischer Betrachtung wird jedoch, wie Fall I und II zeigen, gerade im Gegenteil keine dynamische Umgruppierung vorgenommen, sondern es kommt mit wachsender Tiefe der Depression zu einem immer stärker werdenden Erlahmen von Relevanz-

dynamik und Relevanzausgriff. Die Symptomatik der Depressionen leitet sich aus dem innersten Kern des Relevanzgefüges ab. Es ist den Kranken nicht mehr möglich, andere Relevanzen zu aktivieren, und damit verkleinert sich der Relevanzausgriff immer mehr; den Patienten ist damit ein sinnvoller Weg in die Zukunft versperrt.

Wenn nun die Hemmung d e r psychopathologische Faktor in der zyklischen Depression sein soll, wie ist es dann zu erklären, daß so verschiedenartige Bilder ein- und derselben Krankheit, wie zum Beispiel im Fall IV bei Frau Fr. und zum anderen im Fall II bei Frau Ka. auftreten? Wir glauben - und versuchen mit den folgenden Ergebnissen dies deutlich zu machen - daß ein sehr wichtiger Faktor für diese Vielgestaltigkeit die unterschiedliche Intelligenz und Differenziertheit der Patienten ist.

Im Sinn unserer anfangs eingeführten Definitionen von Intelligenz besitzt ein intelligenter Mensch eine große Relevanzdynamik und einen weiten Relevanzausgriff, denn beide sind Voraussetzungen zur optimalen Ausnützung unserer Denkanlagen und gleichzeitig auch zum bestmöglichen Einstellen auf neue ihn erwartende Lebenssituationen.

Setzen wir voraus, daß die Hemmung proportional zur Tiefe der Depression verläuft, so ist es einleuchtend, daß bei gleicher Tiefe der Depression im Falle des intelligenten Patienten die Relevanzdynamik und der Ausgriff relativ weniger blockiert wird als beim Minderbegabten. Er ist

also noch länger in der Lage, auch etwas weniger im Kerngebiet liegende Relevanzen sich zugänglich zu machen, während der Kranke mit geringer Begabung sehr rasch nur noch auf den innersten Bereich seiner Relevanzen zurückgreifen kann.

Im folgenden möchten wir die aus Explorationen abgelesenen Relevanzgefüge unseres gesamten Patientengutes in Form von Ratingprofilen demonstrieren. Aus Gründen der Einheitlichkeit gliederten wir die einzelnen Punkte dieser Skala nicht in Relevanzformen und Arten auf, sondern benützten statt dessen die einzelnen Themen, die in der Exploration erschienen.

E. Erläuterungen zu den graphischen Darstellungen

Für jeden der 40 Patienten wurde ein Rating-Profil aufgestellt. Die erfaßten Themen sind in den Darstellungen mit römischen Ziffern von I - XX, die jeweiligen Rating-Punkte mit den arabischen Ziffern 1 - 10 versehen.

1. Die einzelnen Themen:

Ad I: Durch die Erkrankung oder den Verlauf der Krankheit bedingte angebliche Gefährdung der weiteren Ausübung des Berufes.

- Ad II: Schuldinhalte, in denen sich der Patient z.B. einer schweren Unterlassung, eines Vergehens o.ä. bezichtigt.
Dabei wurde nicht zwischen einfühlbaren, wirklichkeitsnahen und kraß übersteigerten, nicht einsichtigen Schuldinhalten differenziert.
- Ad III: Sorge bzw. Furcht vor dem Unheilbaren in der Krankheit.
- Ad IV: Suche nach einer Erklärung für den Ausbruch der Depression.
- Ad V: Das Empfinden der eigenen Untauglichkeit in körperlicher und geistiger Hinsicht.
- Ad VI: Themen verschiedener Einzelinhalte, welche die Angehörigen der engeren und weiteren Familie betreffen.
- Ad VII: Sorge bzw. Furcht vor der angeblich drohenden Verarmung.
- Ad VIII: Gesprächsinhalte, die sich auf den Beruf des Patienten im weiteren Sinne beziehen.

Ad IX: Angst vor der Meinung anderer Menschen über die Person des Kranken während und nach der Krankheit.

Ad X: Begründete und unbegründete Scheu vor dem Kontakt mit anderen Menschen.

Ad XI: Themen, die die Stellung des Patienten in der Gesellschaft, Beziehungen zur Gesellschaft und die Gesellschaft im weiten Sinne betreffen.

Ad XII: Glaube und Bekenntnis zur Kirche.

Ad XIII: Hier werden Krankheitsempfinden, Krankheits-einsicht und Krankheit betreffende Inhalte im weiten Sinne zusammengefaßt.

Ad XIV: Dämpfung bzw. Erlöschen aller spontanen Gefühls-regungen.

Ad XI: Allgemeine Interessenlosigkeit.

Ad XVI: Vegetative Funktionsstörungen.

Ad XVII: Leibliche Mißempfindungen.

Ad XVIII: Angstgefühl

Ad XIX: Bekenntnisse vergangener oder noch bestehender
Selbstmordabsichten oder schon ausgeführter
Selbstmordversuche.

Ad XX: Verminderte bzw. erloschene Freude am Beruf.

2. Reihenfolge der Themen

Wir verzichteten auf eine sinngemäße Ordnung der einzelnen Themen untereinander und damit auf die Darstellung großer Themengruppen, wie Krankheit, Familie, Gesellschaft, Kirche und Beruf.

Die Themen sind so geordnet, daß den niedrigen Nummern Themen zugeordnet sind, von denen sich herausgestellt hatte, daß die intelligenteren Kranken hier höhere Ratingpunktzahlen erzielten.

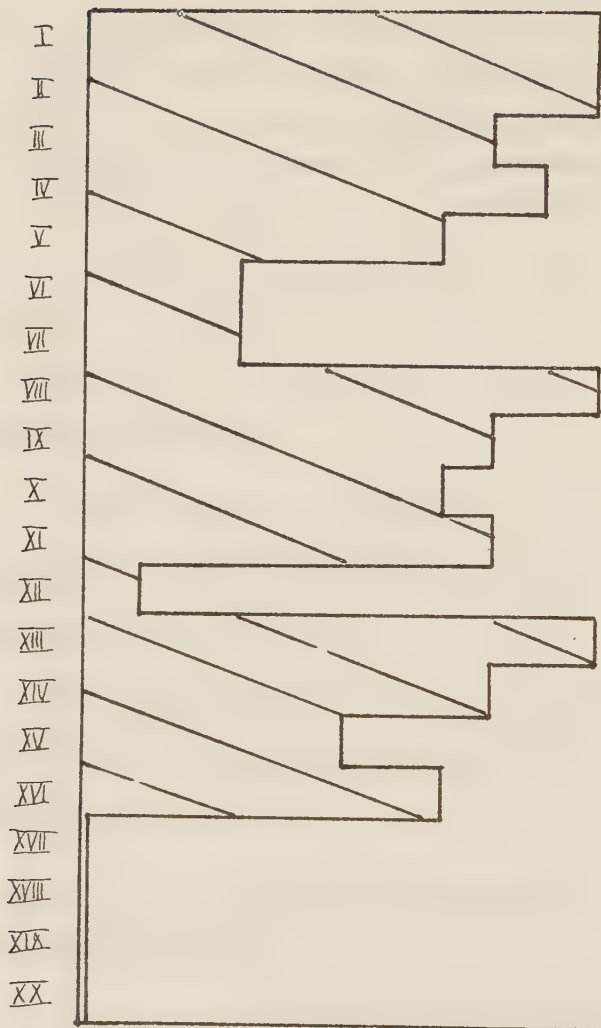
3. Darstellung der einzelnen Inhalte in Bezug zum Intelligenzquotienten.

Im 2. Teil der graphischen Darstellung der Ergebnisse werden die 20 Themen einzeln zum jeweiligen IQ aller Patienten in Beziehung gesetzt.

In der Vertikalen sind von oben nach unten in abnehmender Richtung die einzelnen Intelligenzquotienten der Patienten aufgeführt.

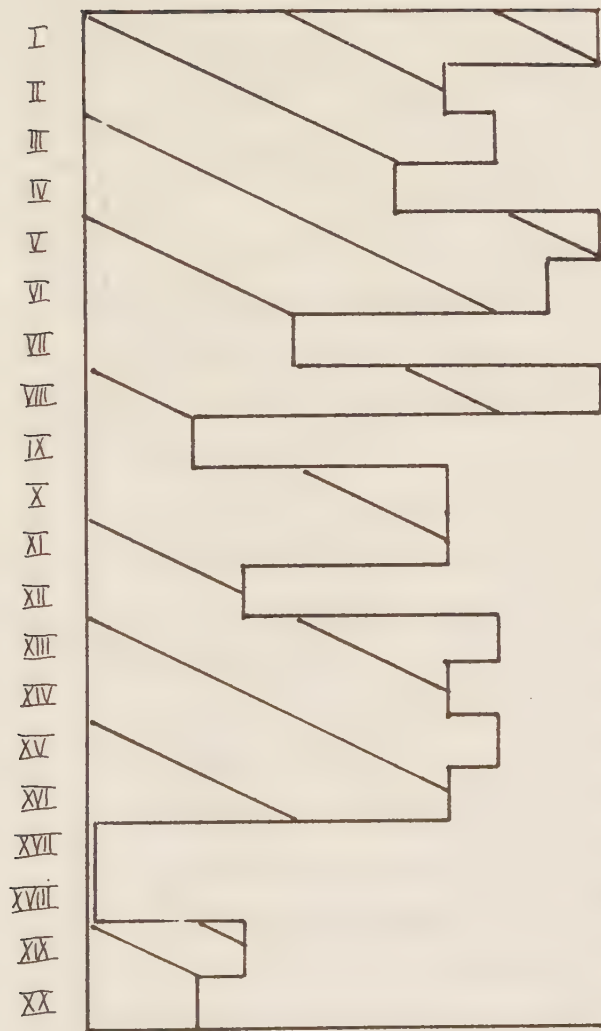
In der Horizontalen wurden die Ratingpunkte von 0 - 10 aufgetragen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



1, B, P, 49 J, ♂, verh, JQ: 120

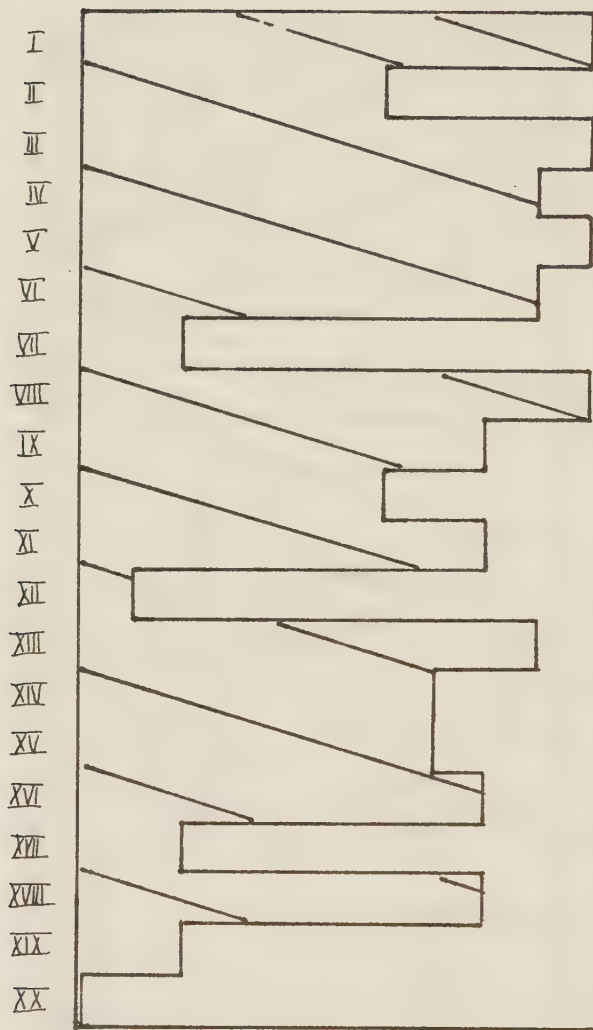
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



2, F, E, 44 J, ♀, veru,

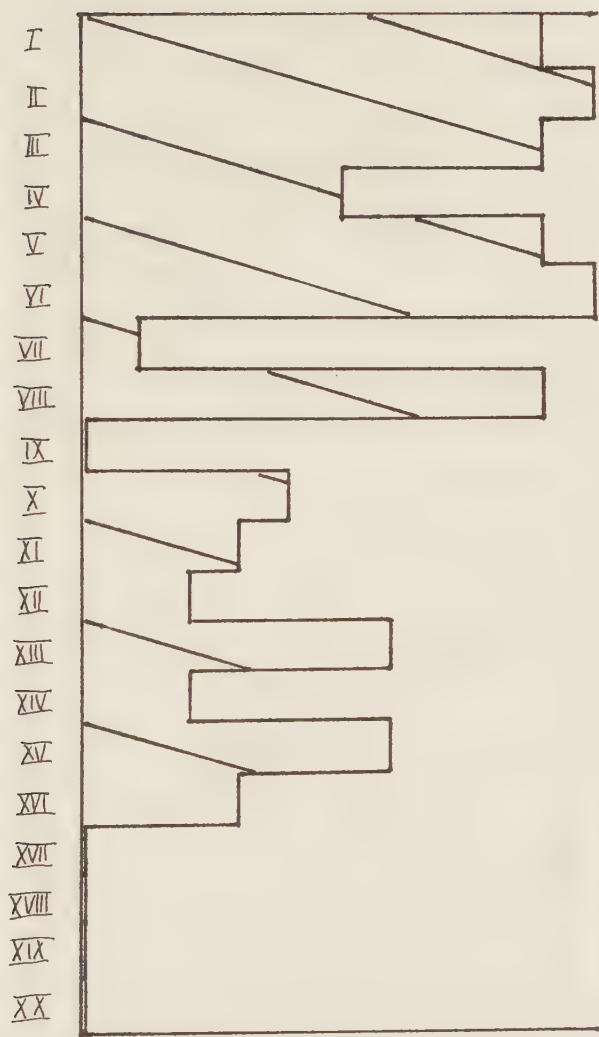
JQ: 718

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



3, H., H., 34 J., ♂, verh., JQ: 118

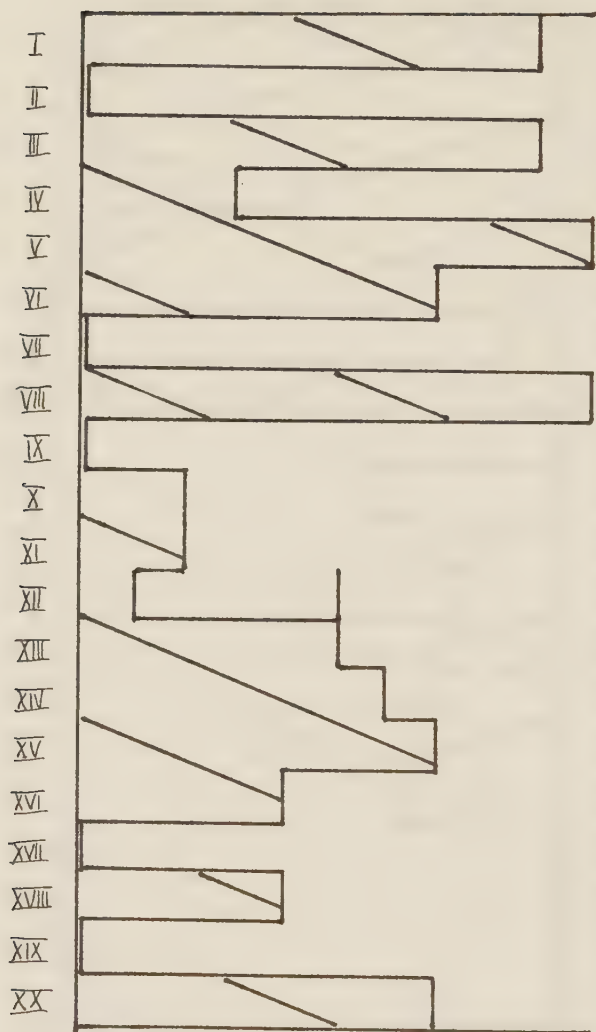
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



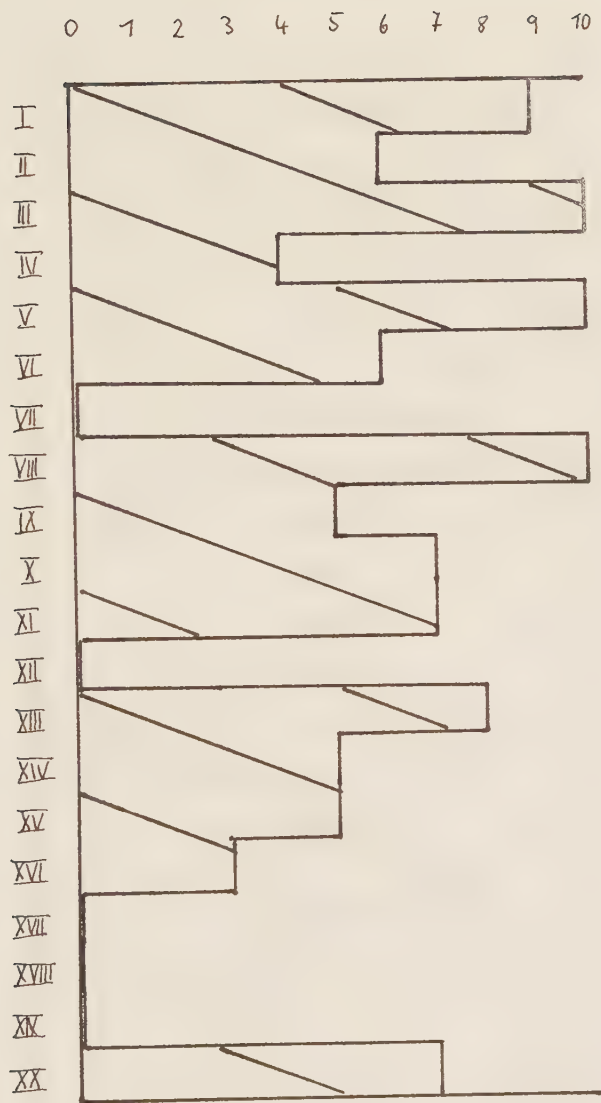
4. P. J. 637, ♀, led.

JQ: 116

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

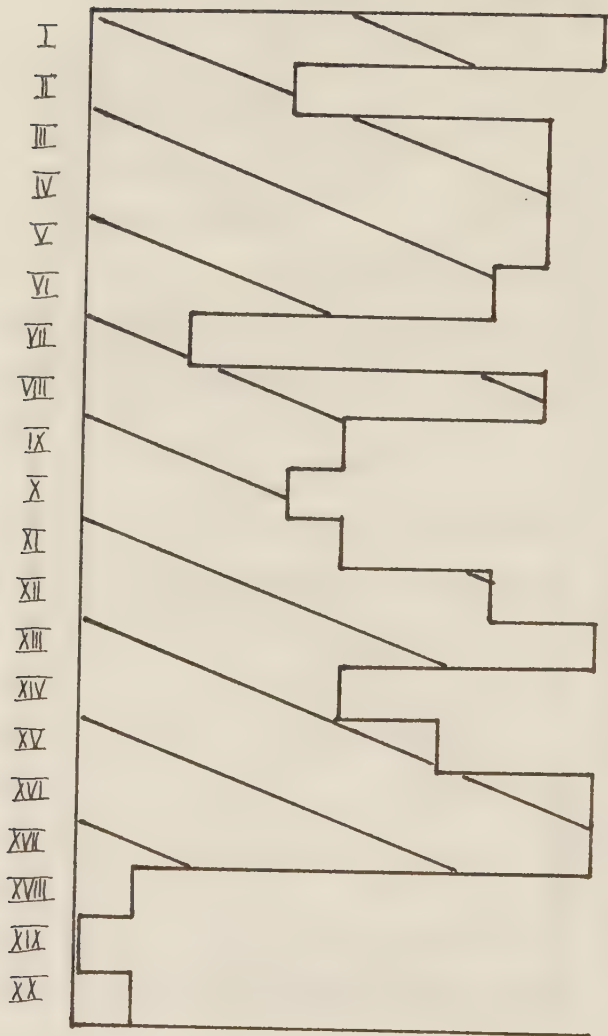


5, A., H., 207, ♀, led., JQ: 116

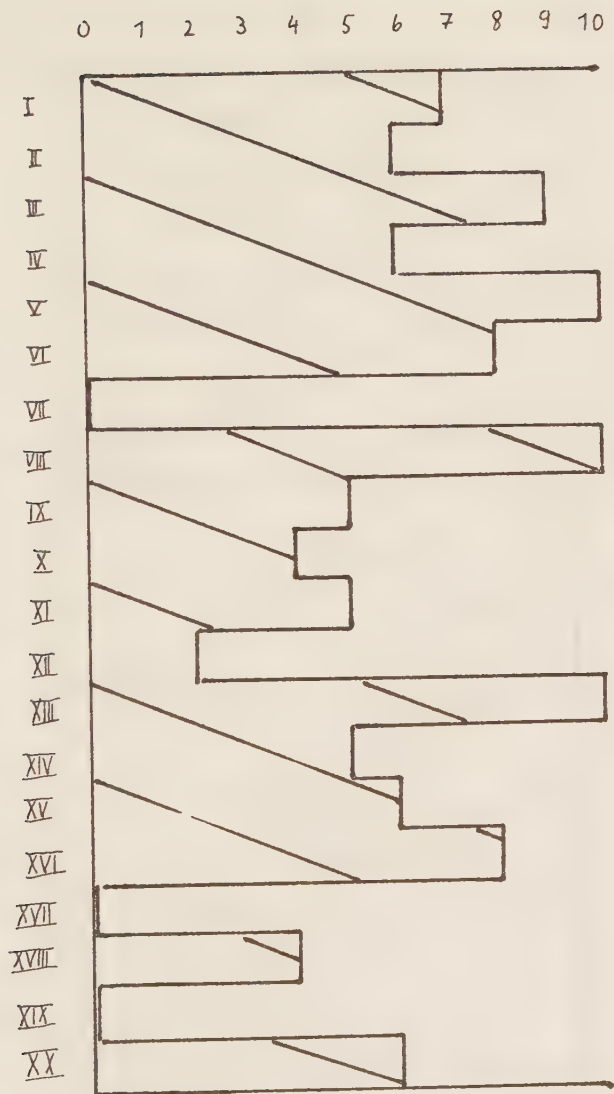


6, G.W., 22 J., ♂, led., JQ: 115°

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

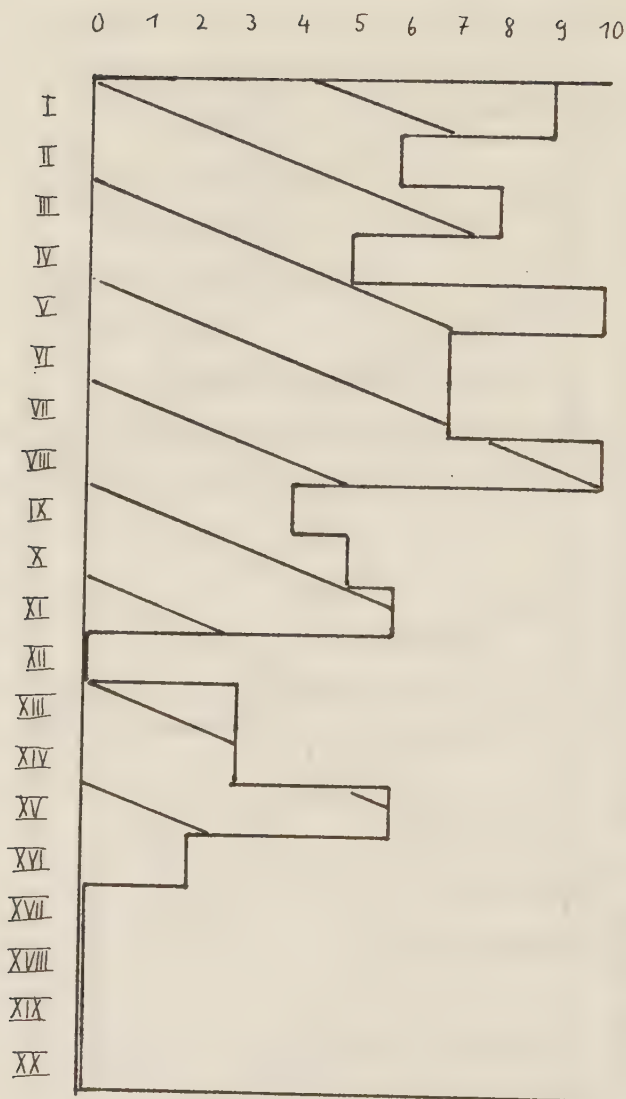


7, D, E, 49g, ♂, verh., JQ: 114



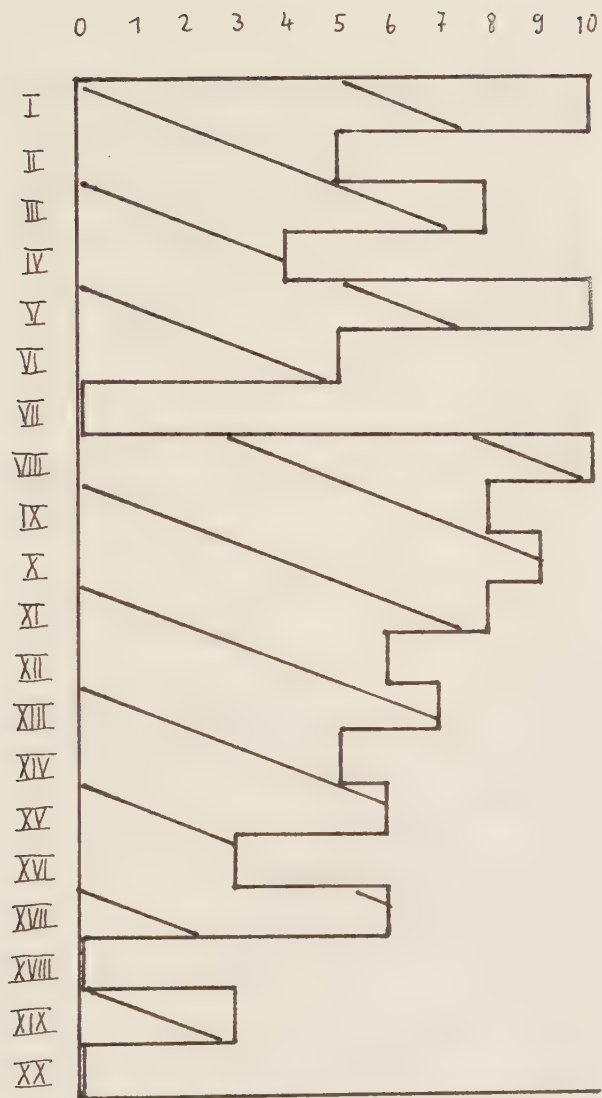
8, K., K., 37 J., ♀, verh.,

JQ: 114



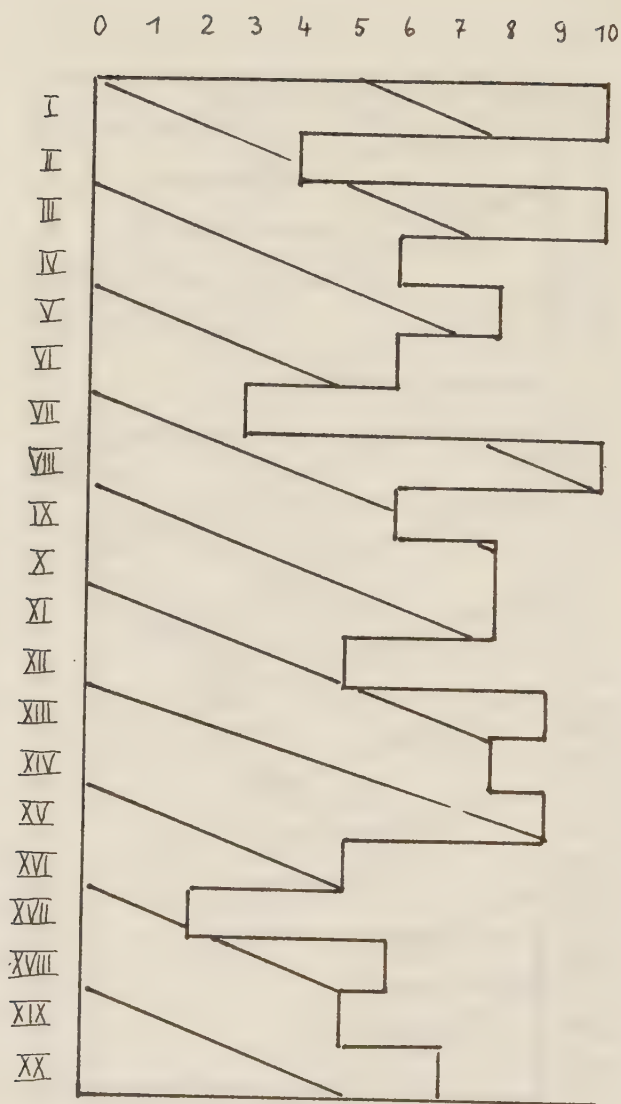
g. B. G. 59 f., o^o, verh.

JQ: 110

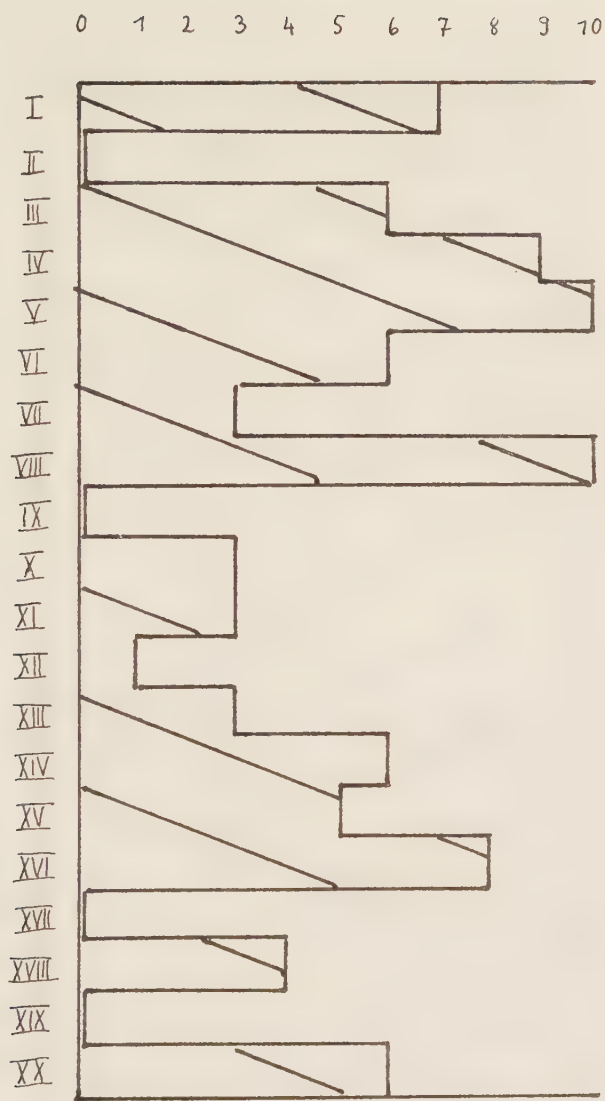


10, F, W, 17 J, ♂, led,

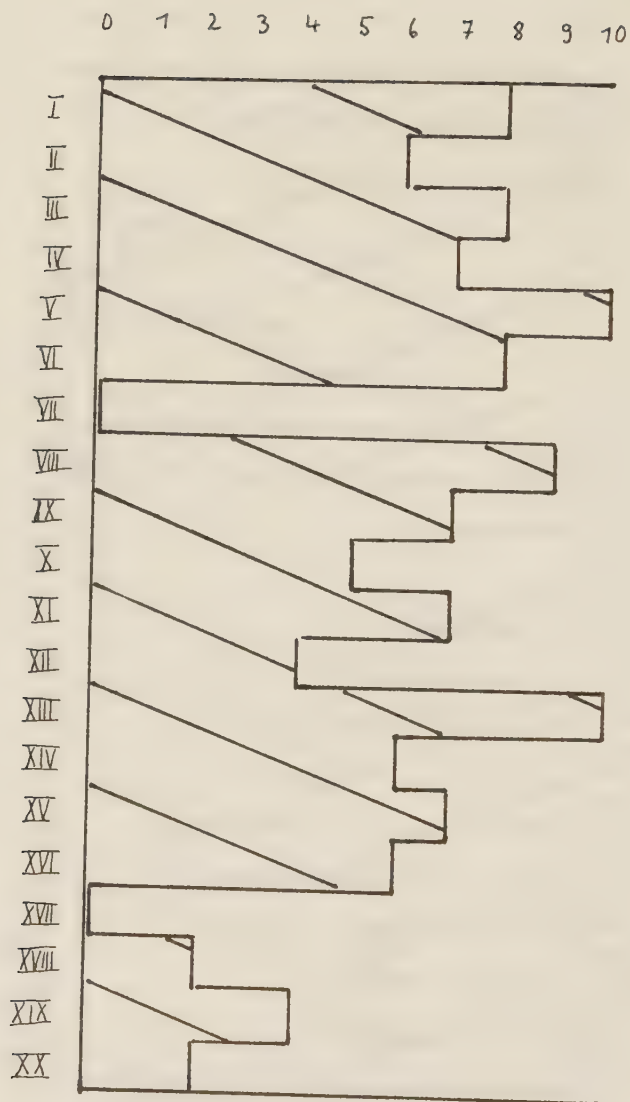
JQ: 110



11, M.W., 23 J., ♂, led., IQ: 110

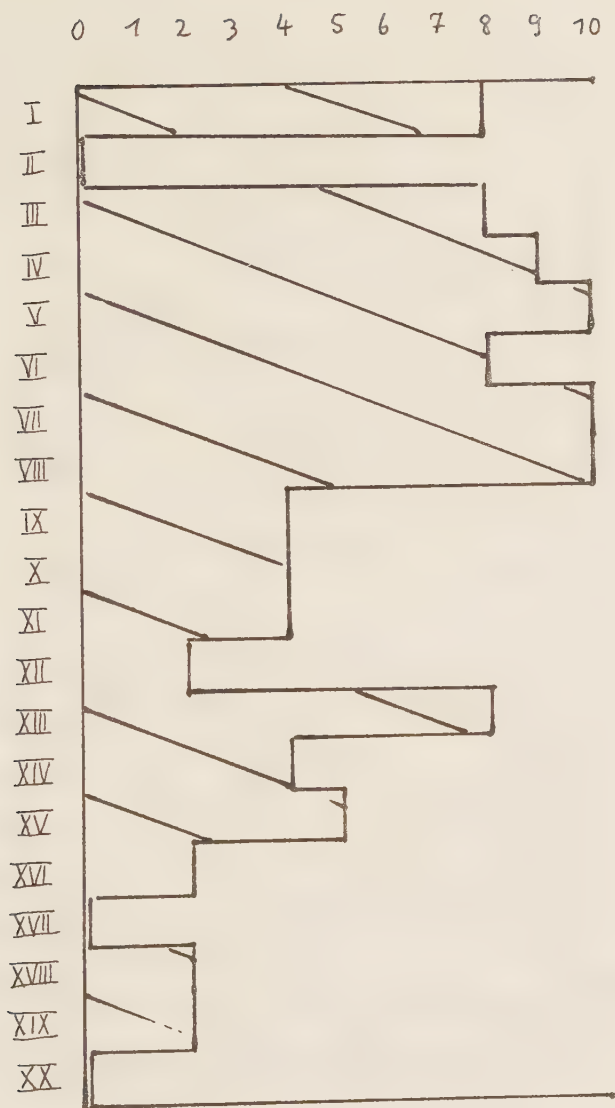


12, B, H, 377. ; ♂, vch, JQ. 110



13, G. J., 38 J., ♀, verh.,

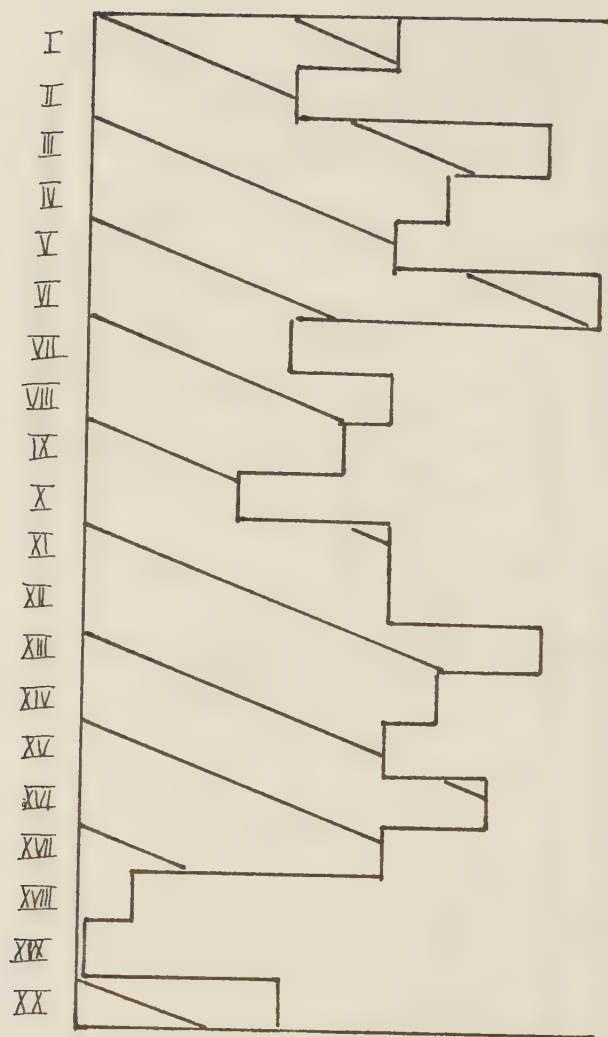
JQ: 110



74, Z., E., 44 J., ♂, verh.,

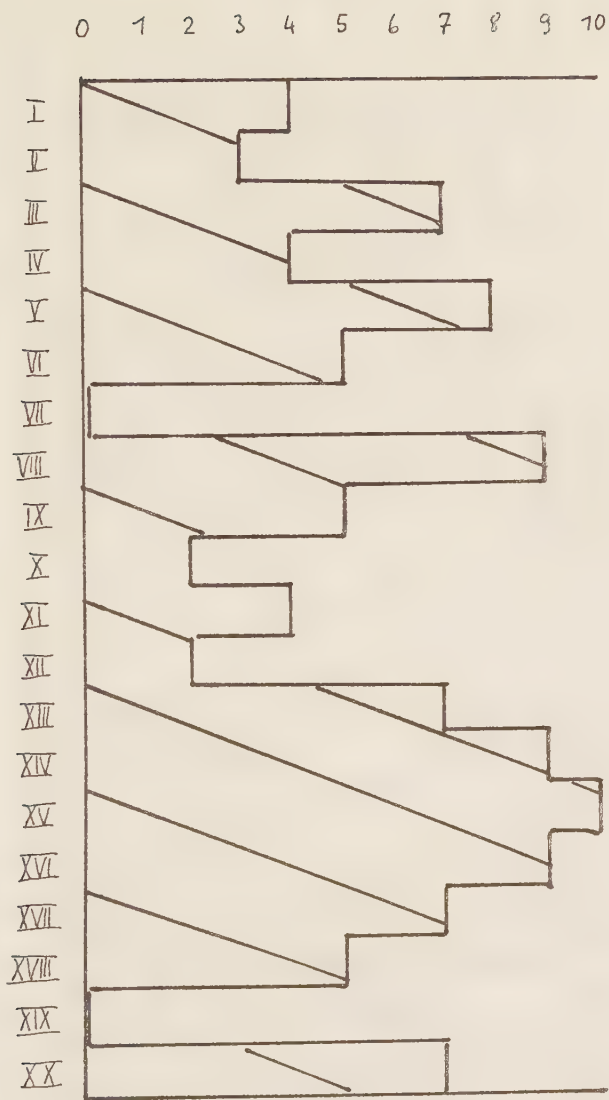
JQ: 107

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

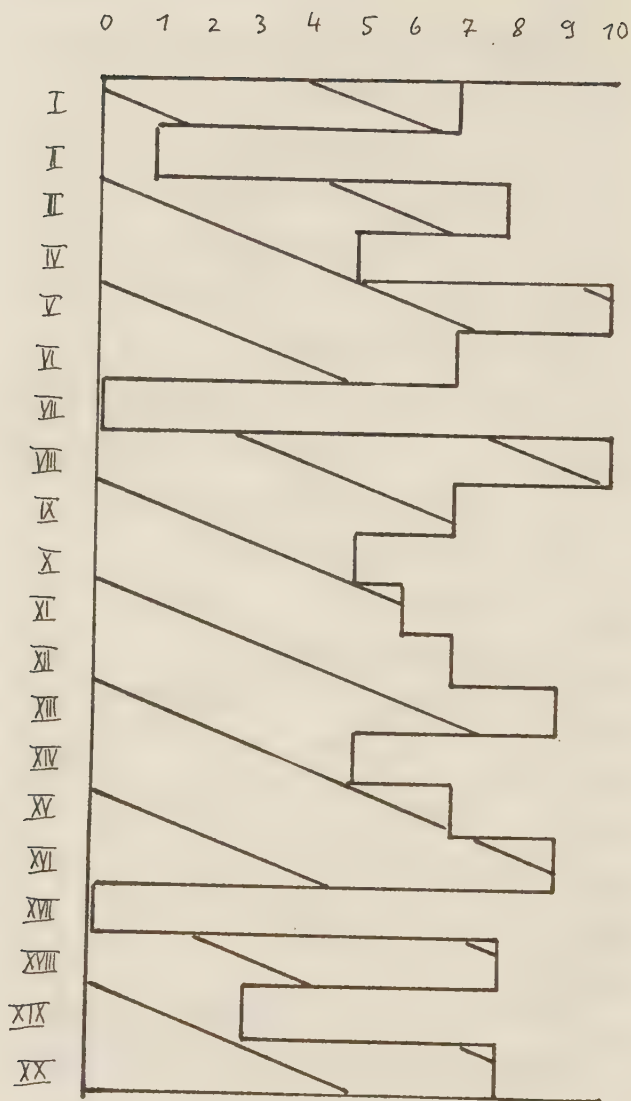


15, R.W., 29 J., ♂, verh.,

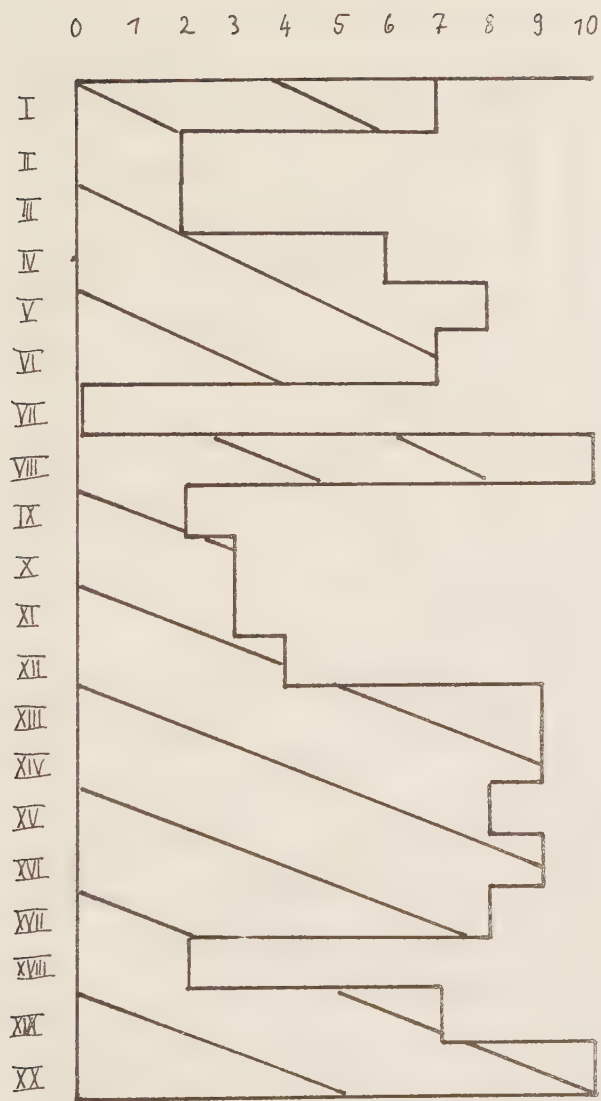
JA.: 106



76, M. K., 43 f. ♂, vert.; JQ: 105

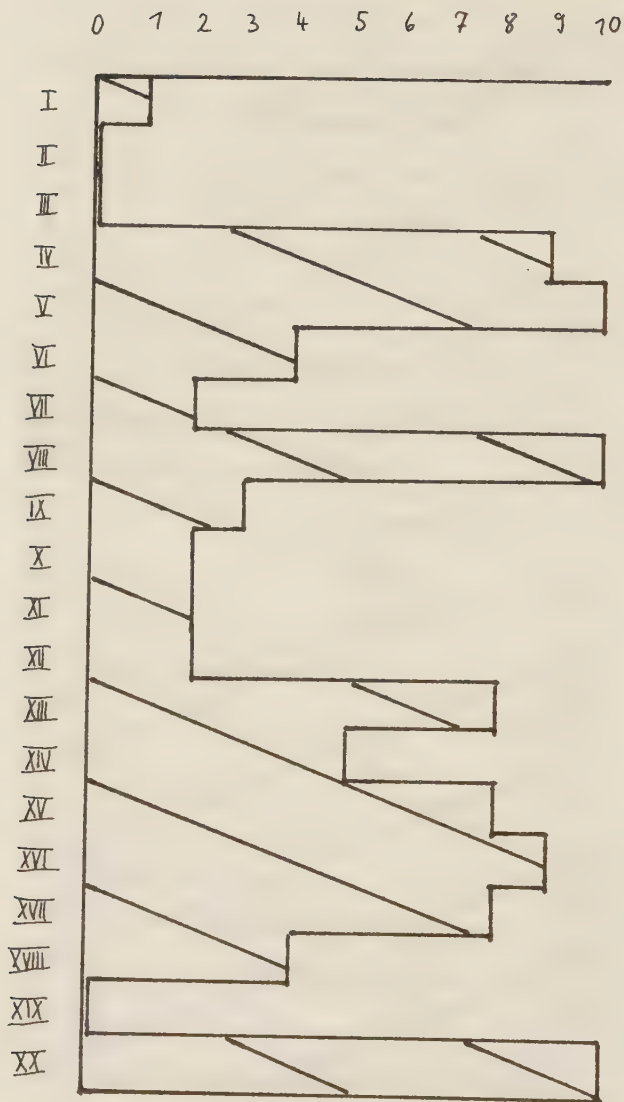


77, M.F., 39 J., ♂, verh., JQ: 103

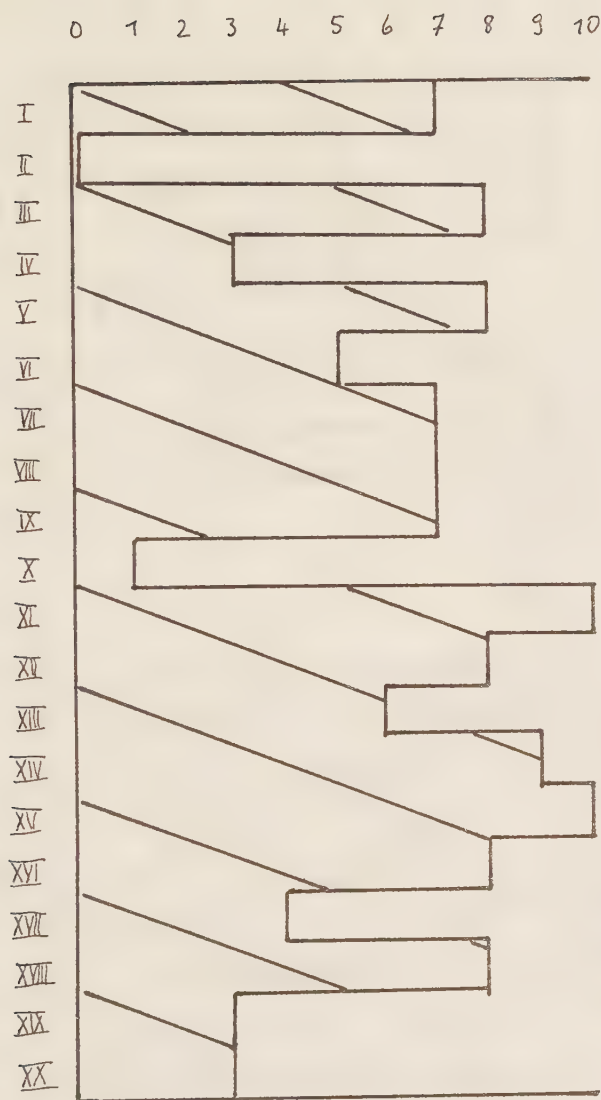


18, E. J., 377, ♀, verh.

JQ: 103

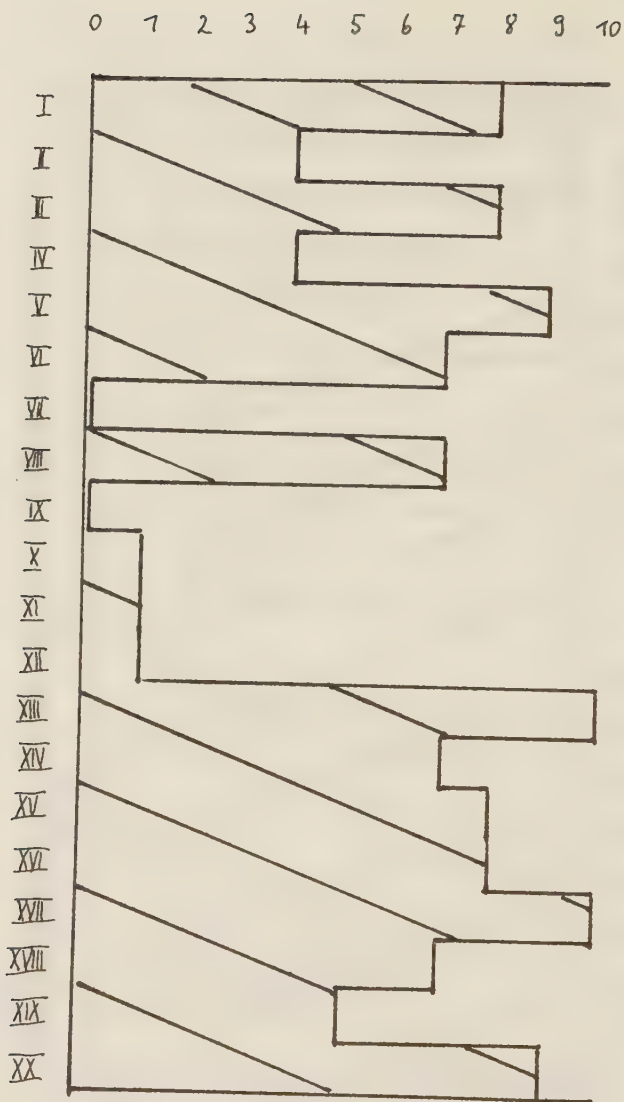


19, 2, J, 32 J, σ , verh., JQ: 102



20, H, M, 21 J, σ , led,

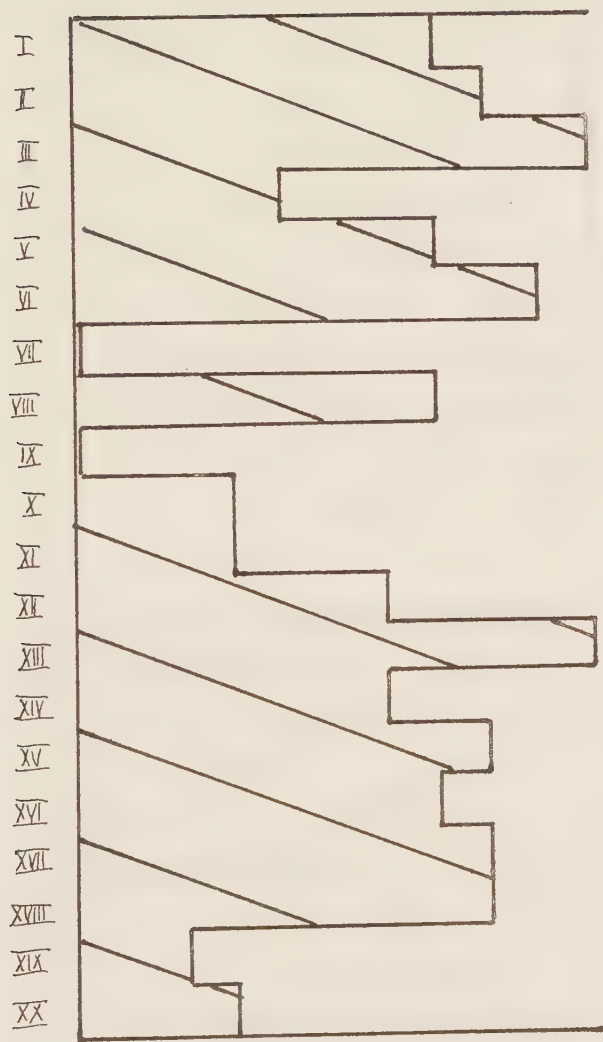
JQ: 702



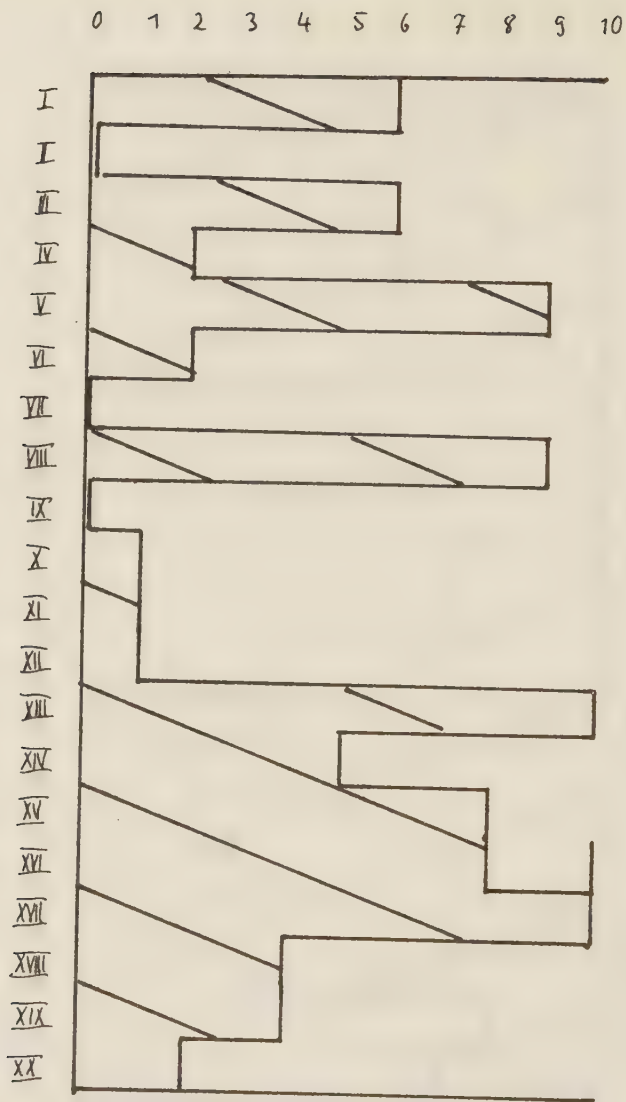
21, S, Ch, 32 J., ♀, verh.,

JQ: 102

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

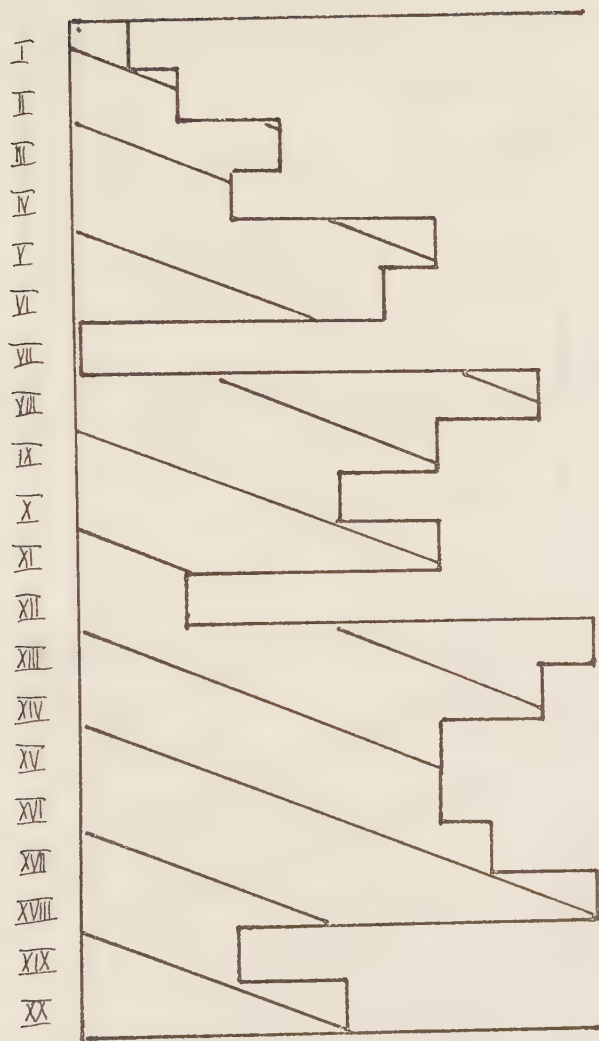


22, (S, F, 48], 0⁷ vch, JQ: 95
 F, Th, 53], 8, l., JQ: 102

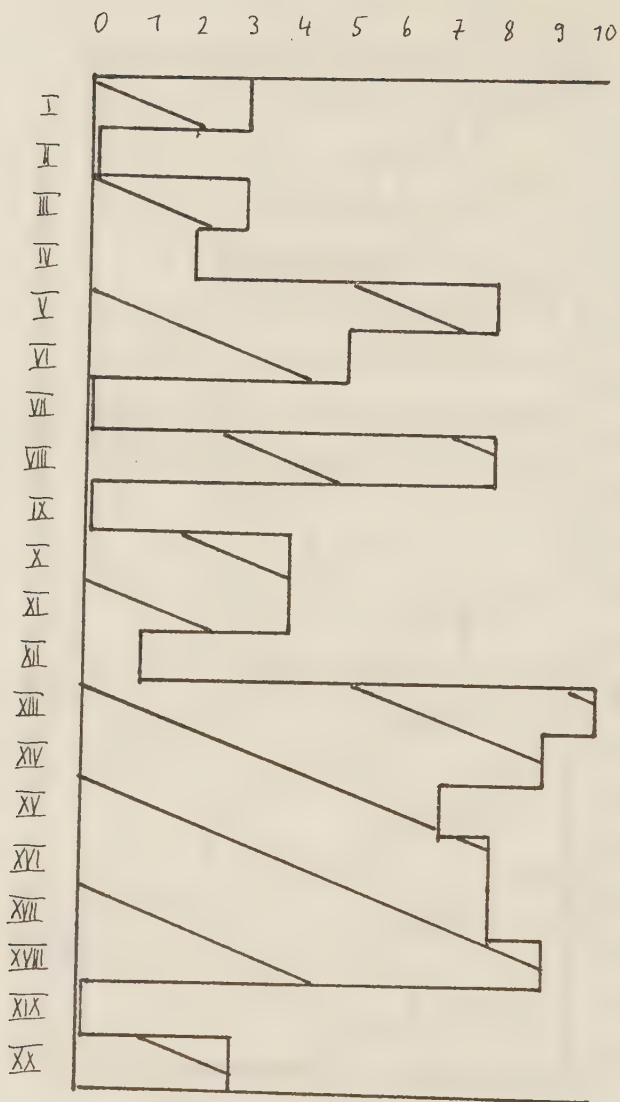


23, G. R., 29 J., 0³, verh., JQ: 101

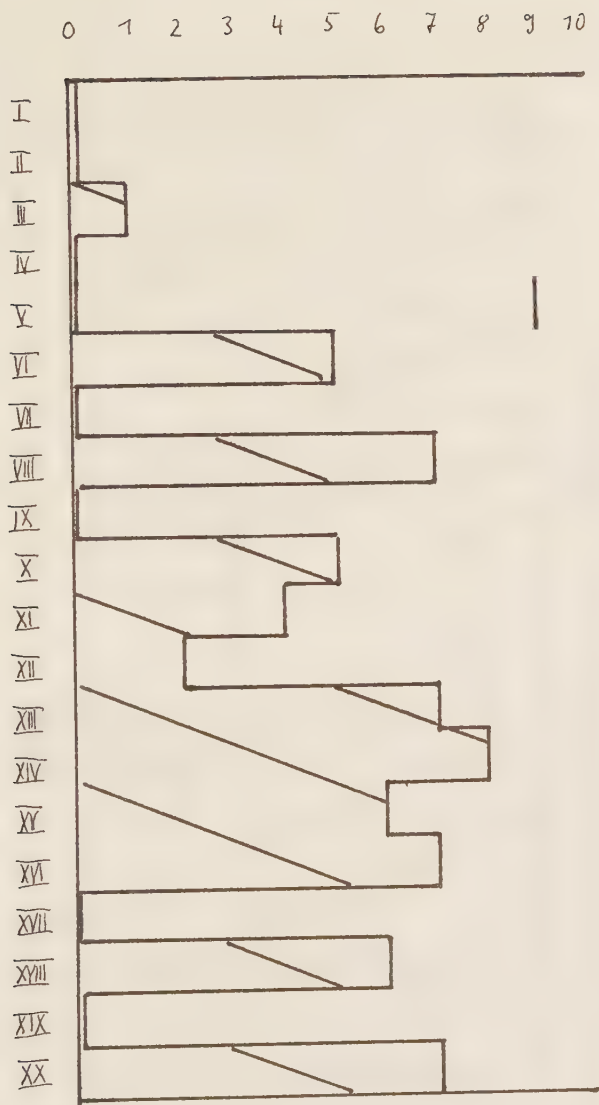
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



24, F, W, 49 J, ♀, verh., JQ: 101

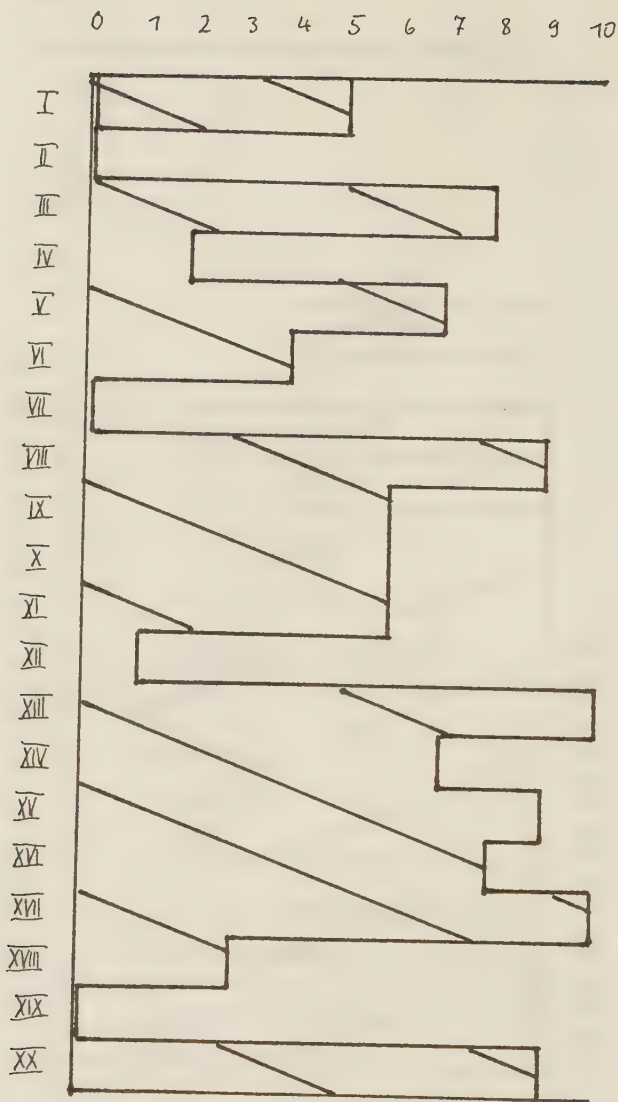


25, B. E., 60 J., ♀, verh., JQ: 99



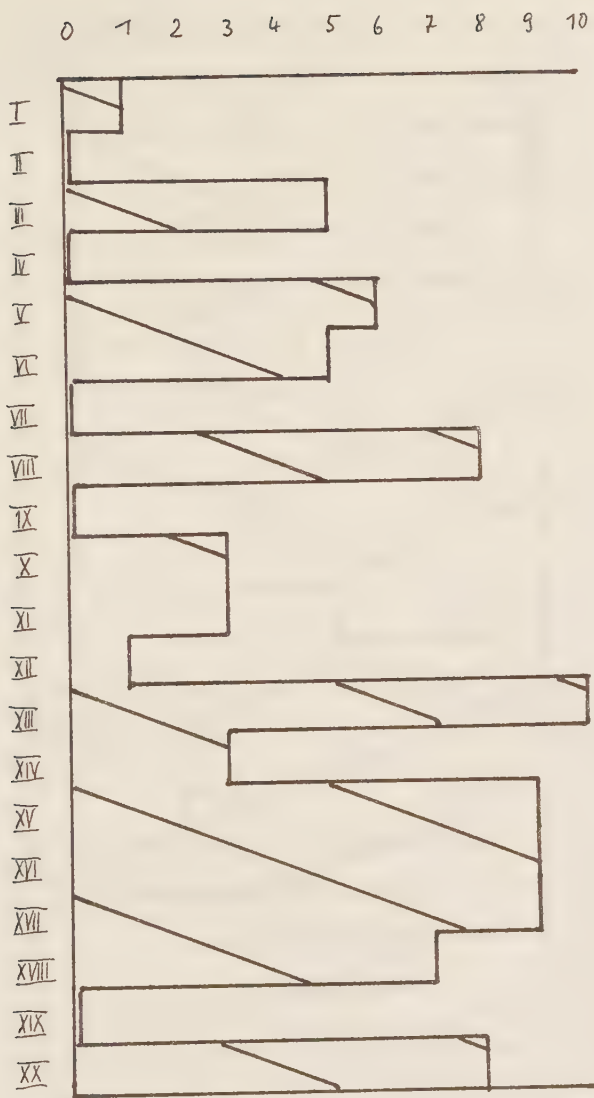
26, L. H., 34 J., ♂, verh.,

JQ: 98

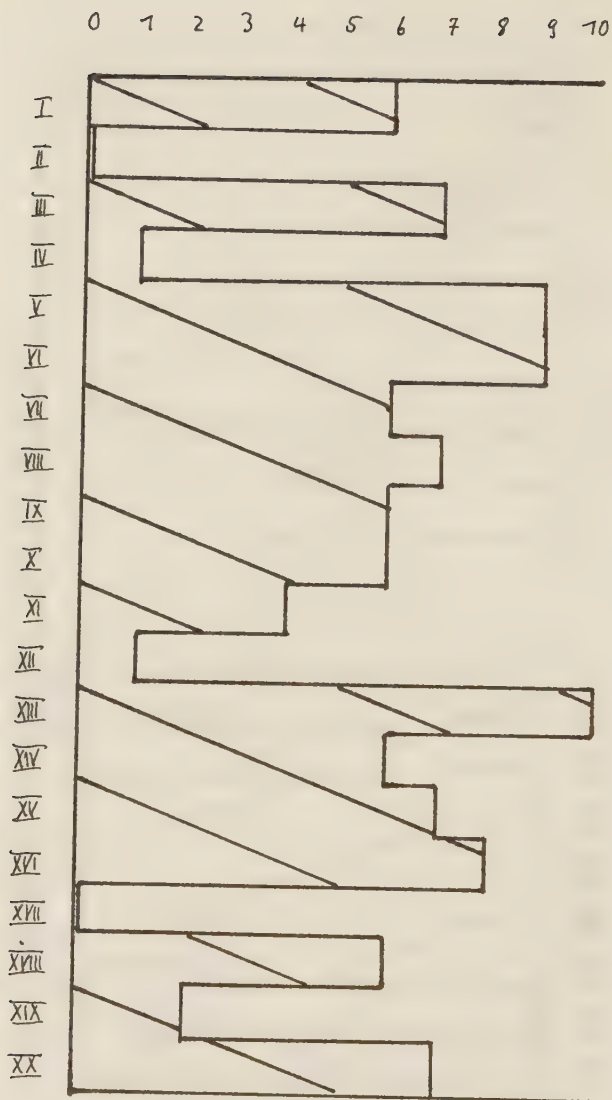


27, H. A. 44 J. ♀, verh.

JQ: 98



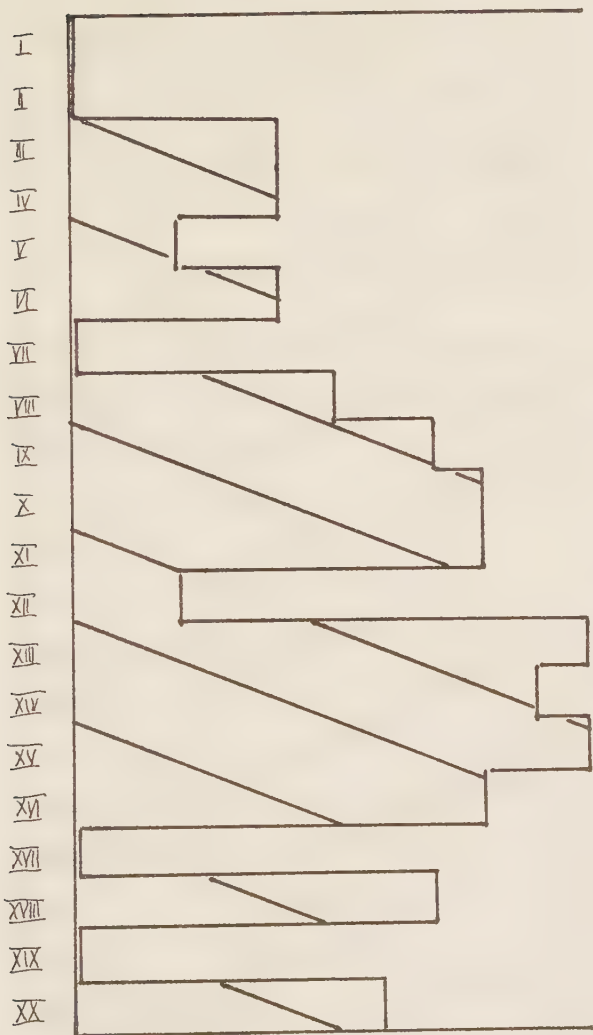
28, S., E., 41 J., ♀, verh., JQ: 98



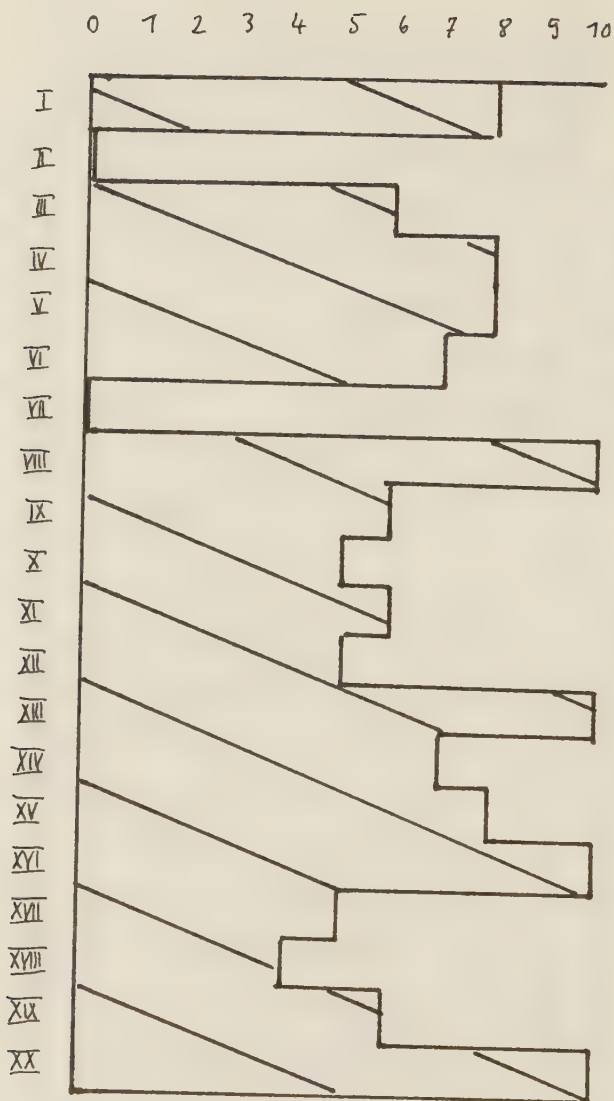
29, S.R., 37 J., ♀, verh.,

JQ: 97

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

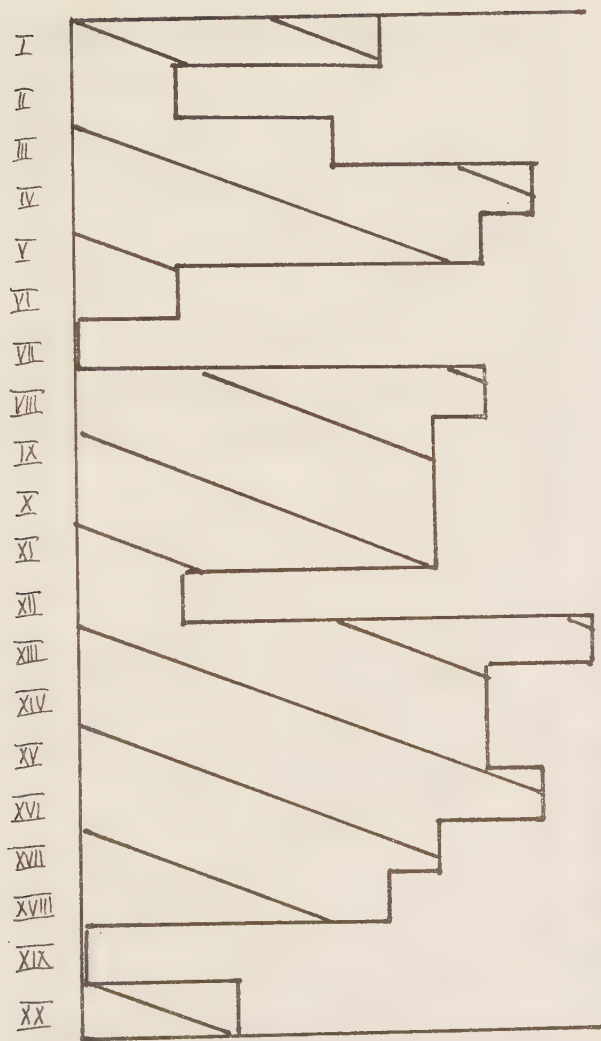


30, D, G, 24 J, 07, led, JQ: 97

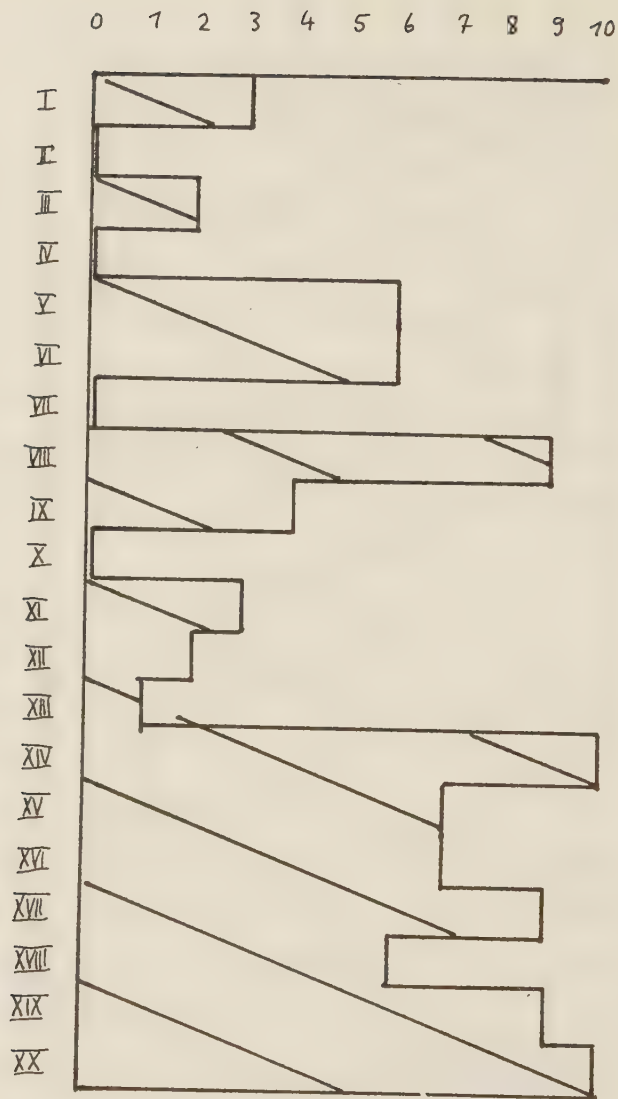


31, W. L., 257, σ^2 , led., JQ: 96

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

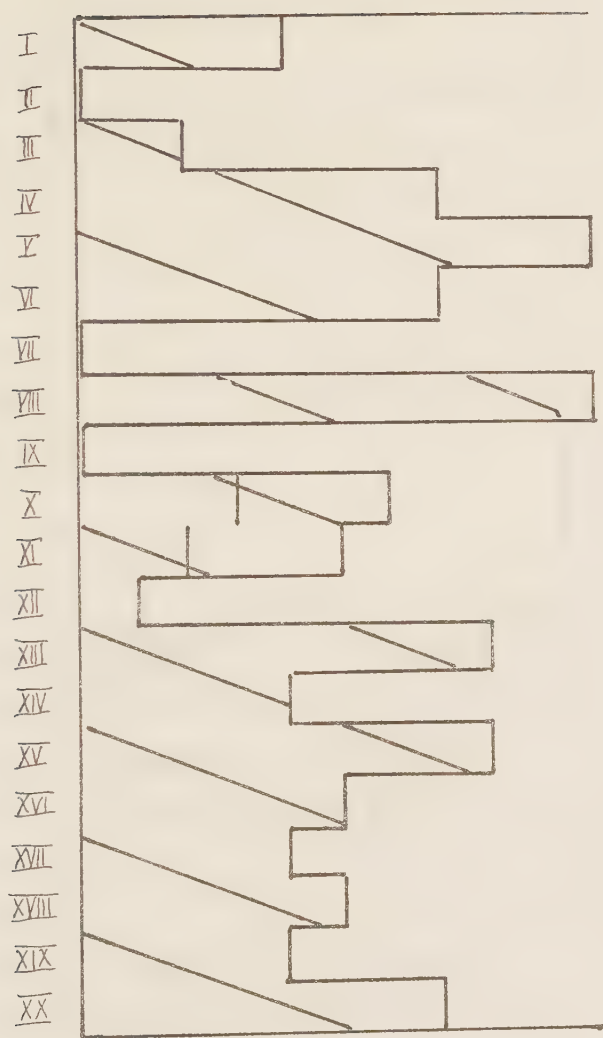


32, D, G, 22 J, ♂, led, JQ: 96

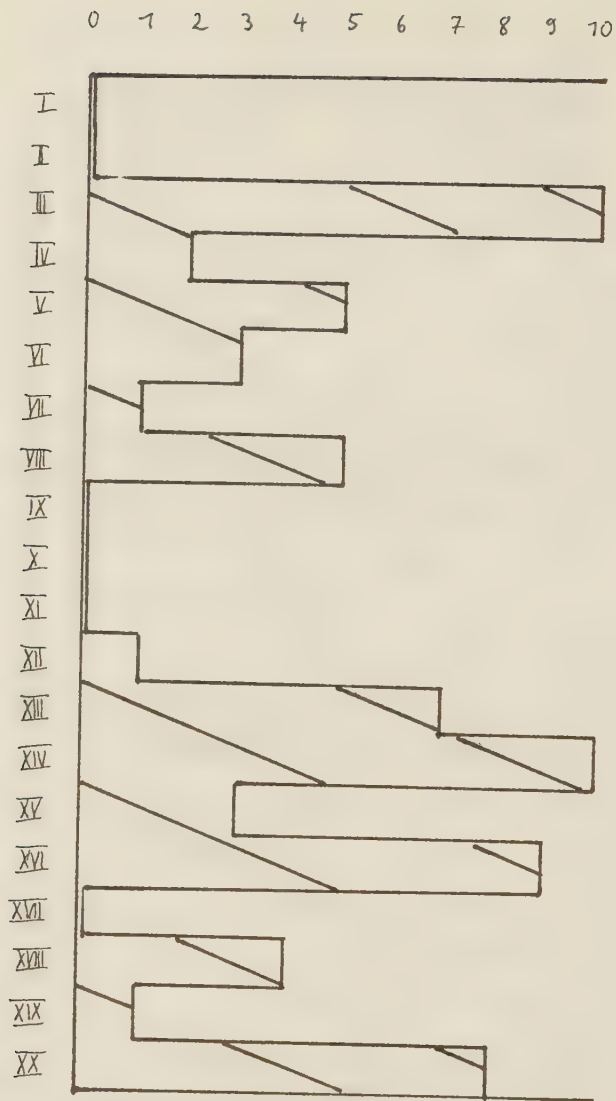


33, R, A, 43 J, ♀, verh., JQ: 96

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

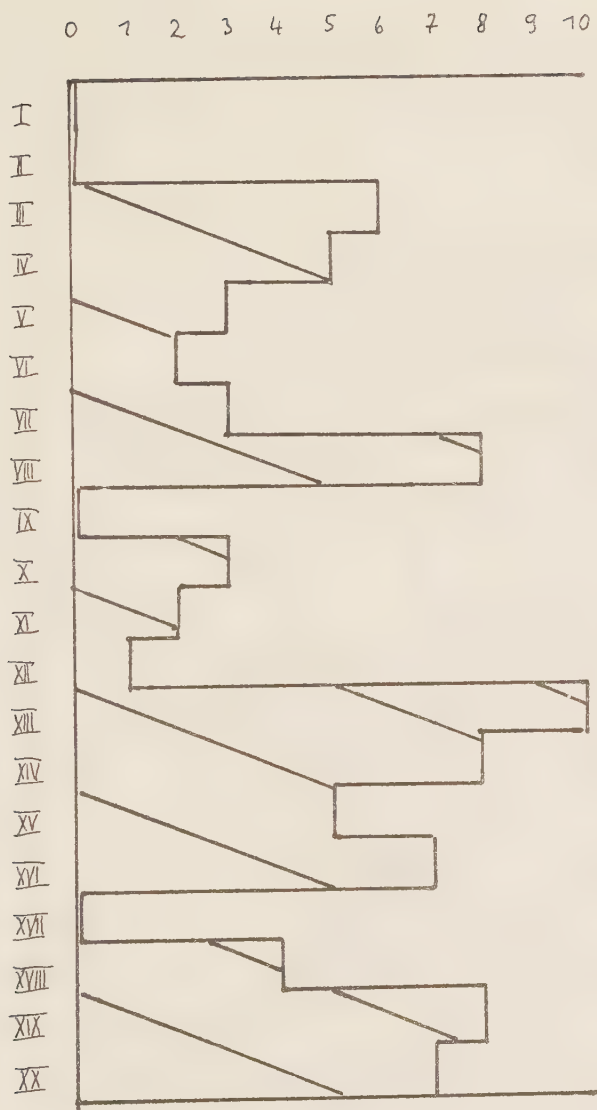


34, S., F., 487, σ , verh., JQ:95

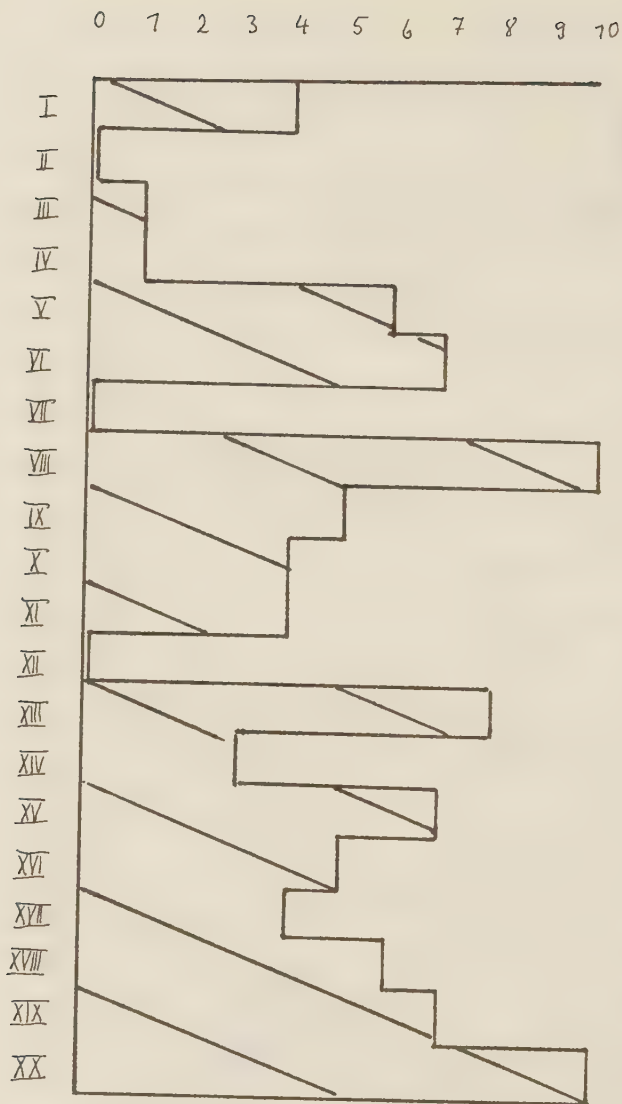


35, K. B., 57 J., ♀, verh.,

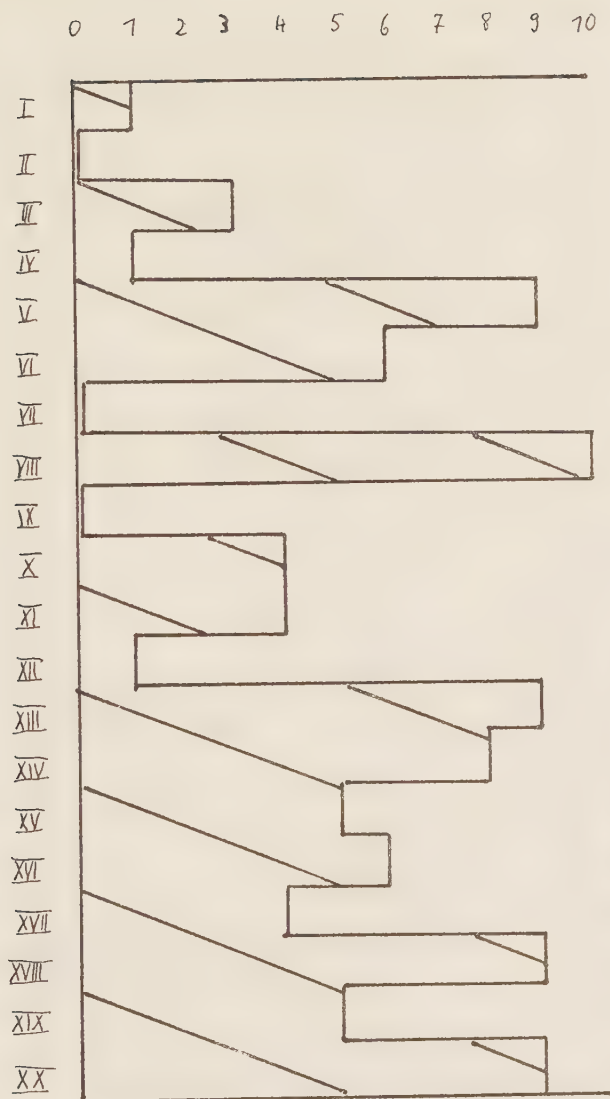
JQ: 95



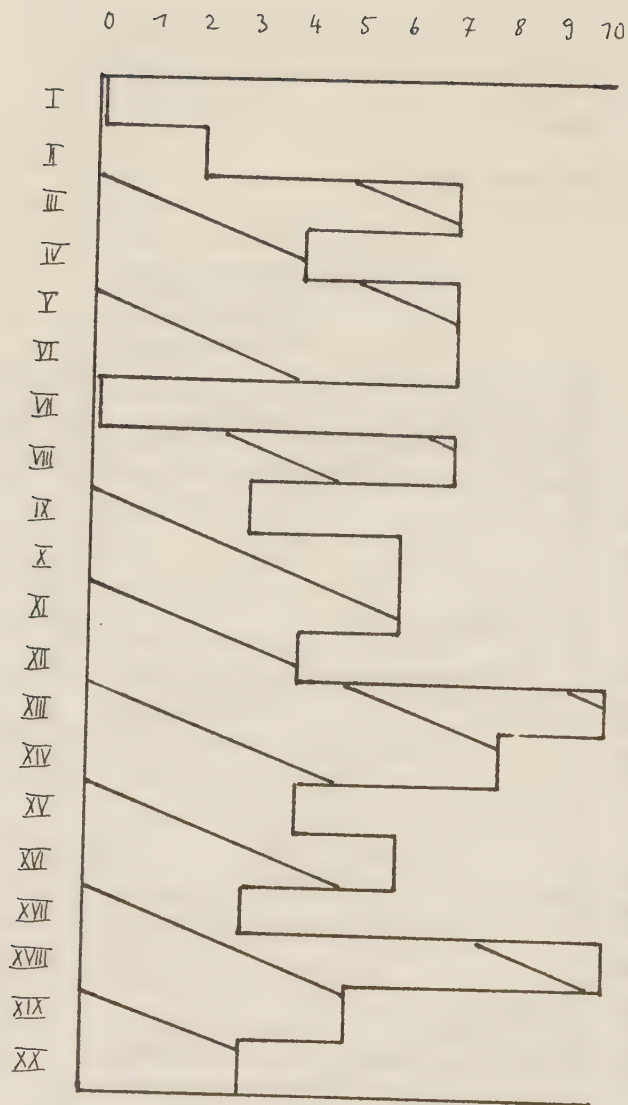
36, N. B., 65 J., σ^2 , verh., JQ: 95



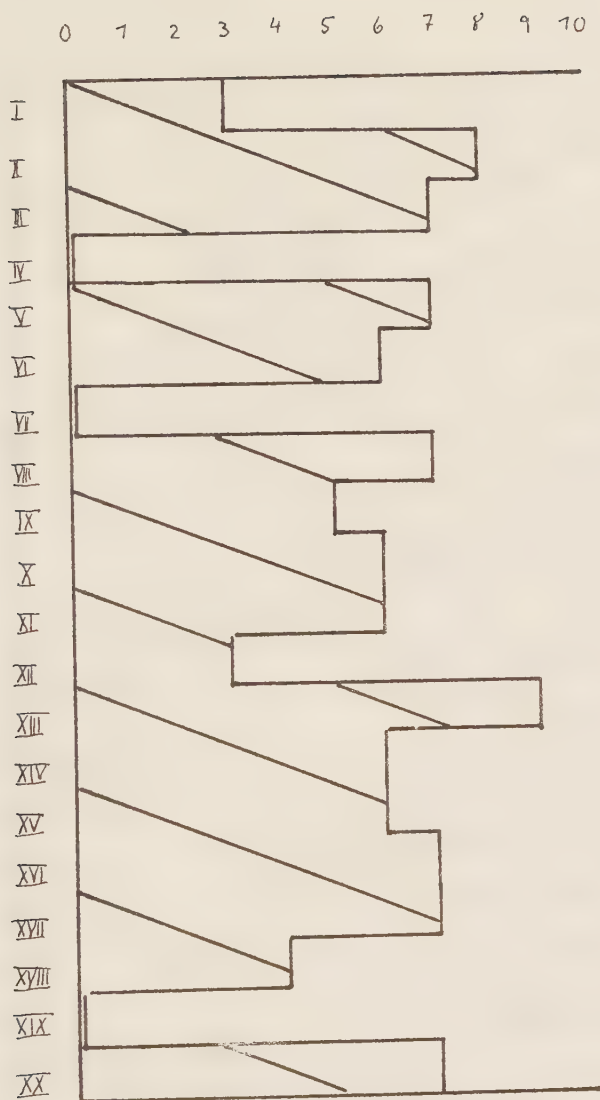
37) IX, J, 59 J, ♀, verh., JQ: 94



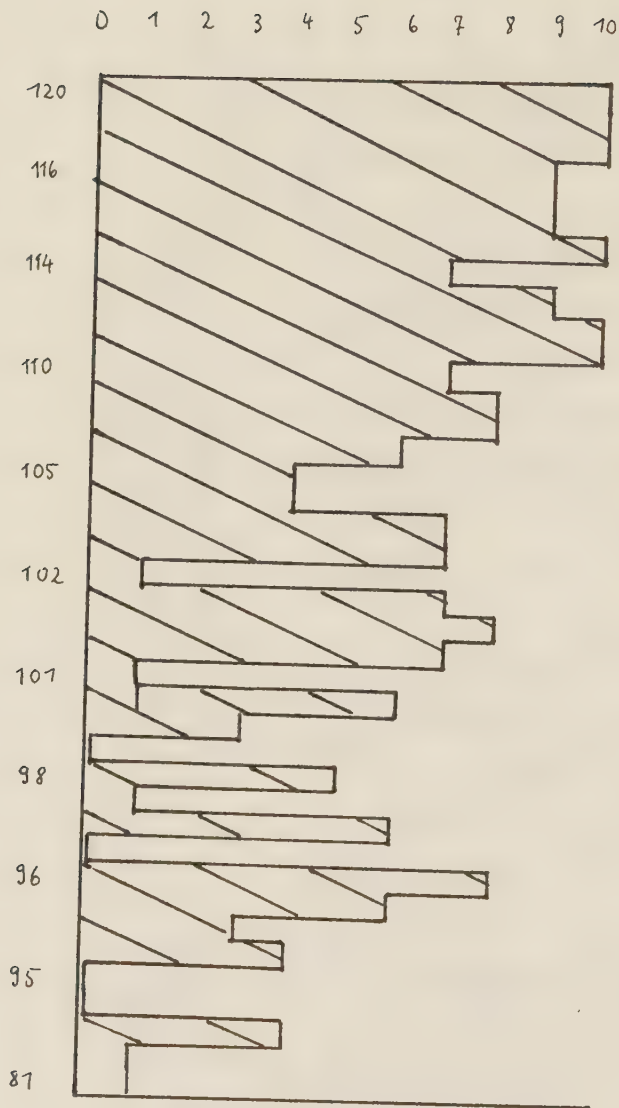
38, N, F, 39 J, ♀, verh., JQ: 91



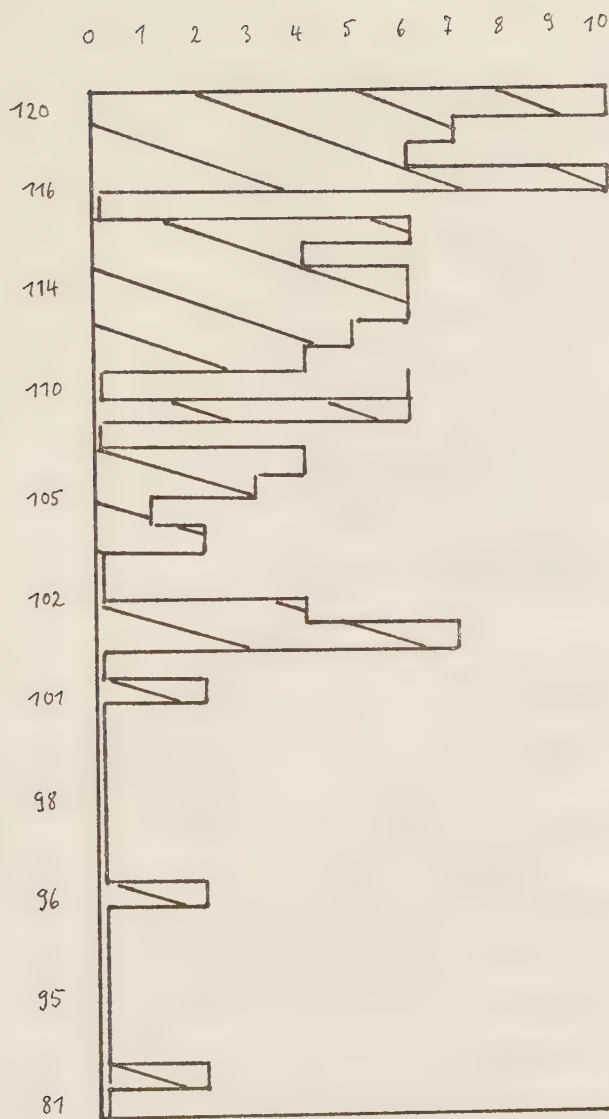
39, L, M, 48J, ♀, verh, JQ: 81



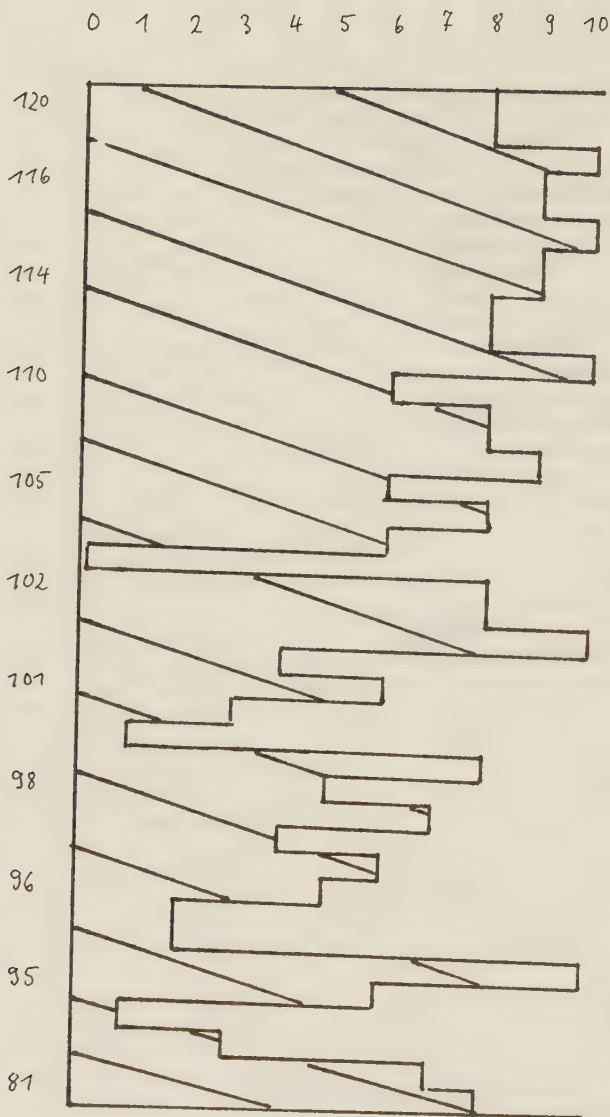
40, K. M., 63 J., ♀, verh., JA: 81



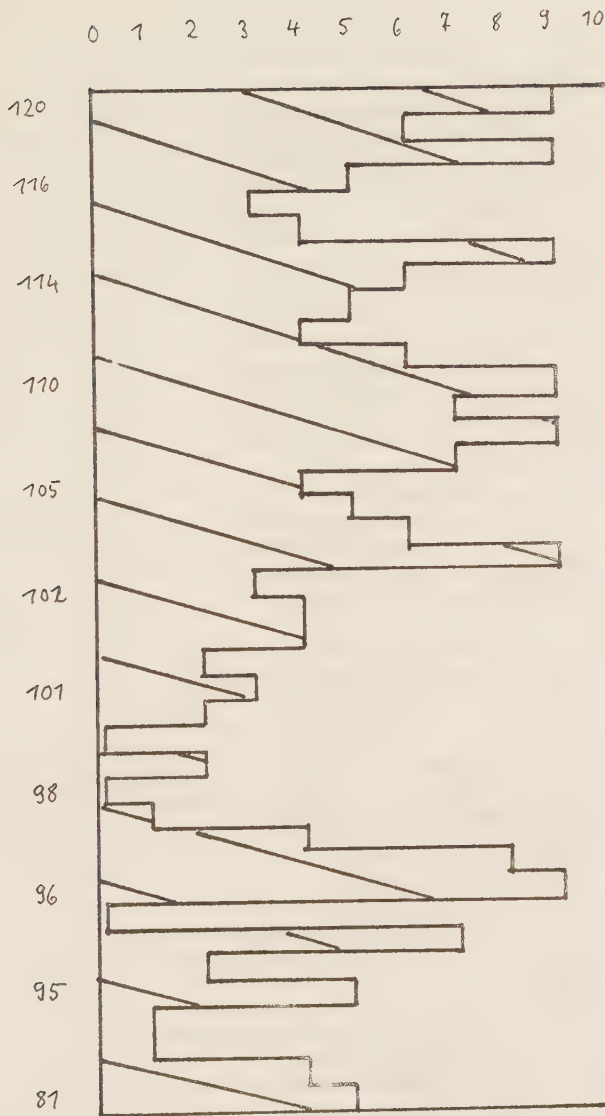
I. WEITERFÜHRUNG
DES BERUFES



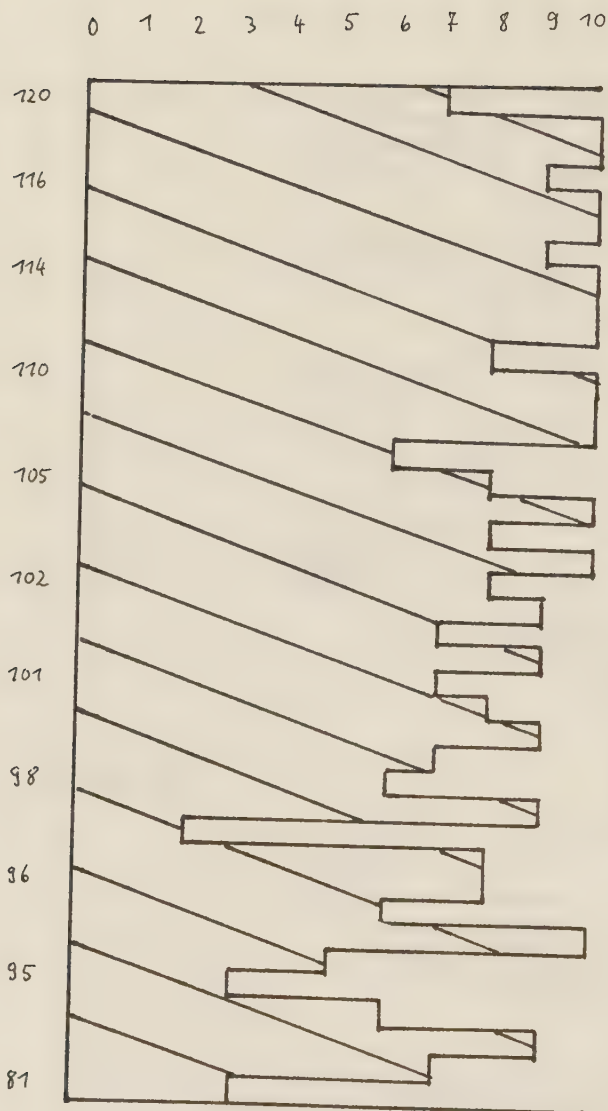
II. SCHULD



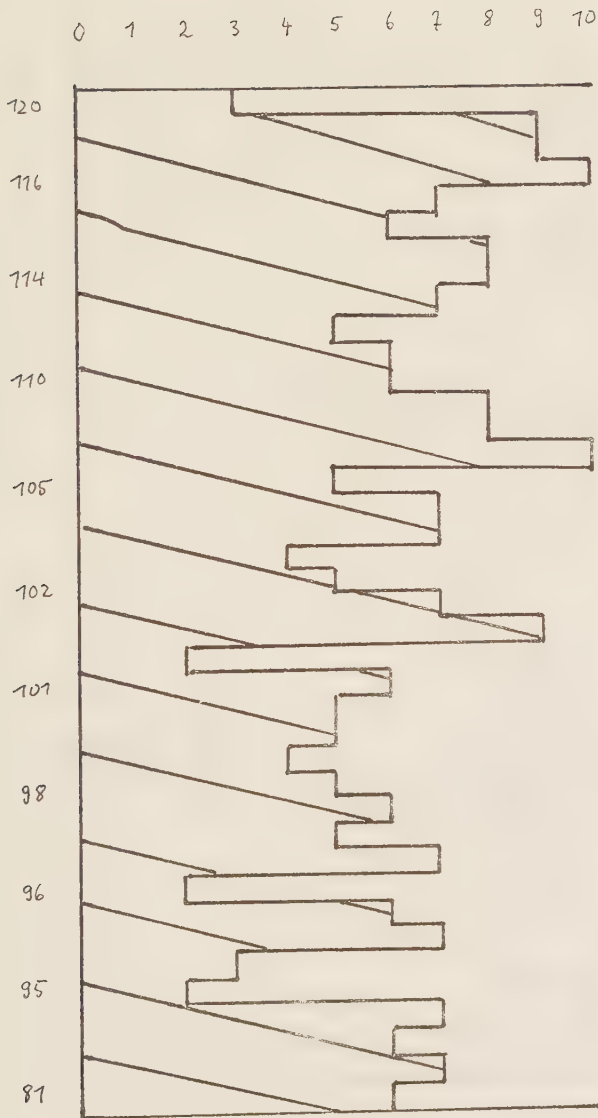
III. GENESUNG



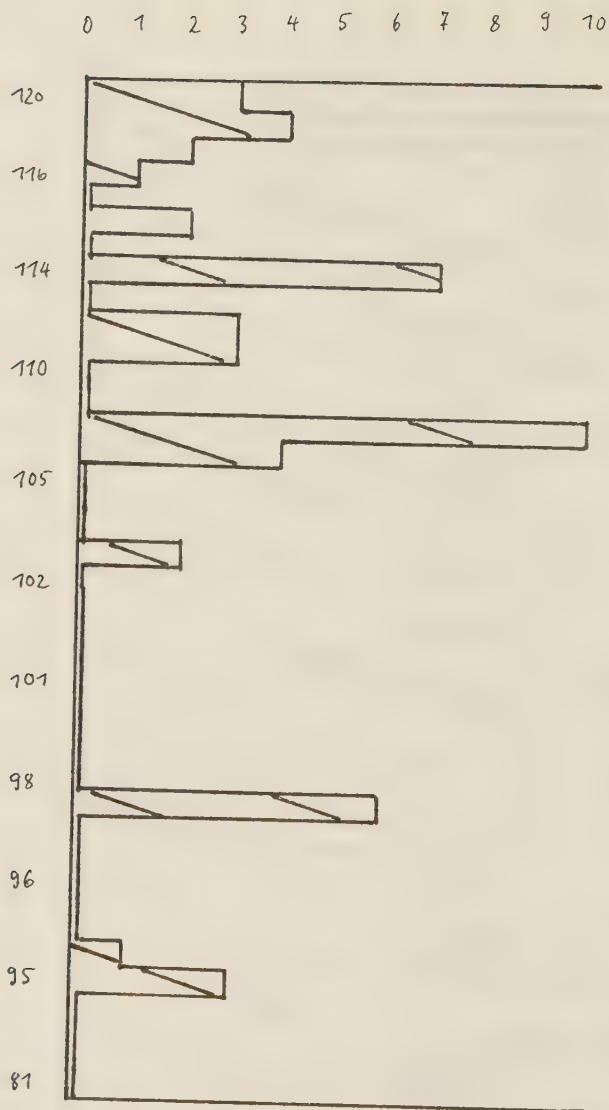
IV. GRUND



V. INSUFFIZIENZ

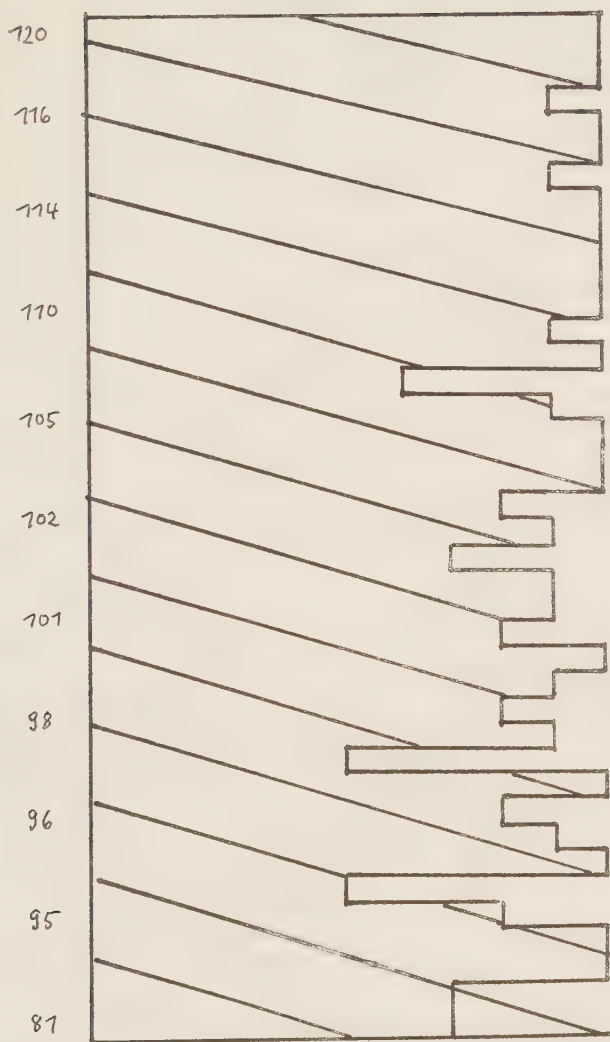


VI. FAMILIE

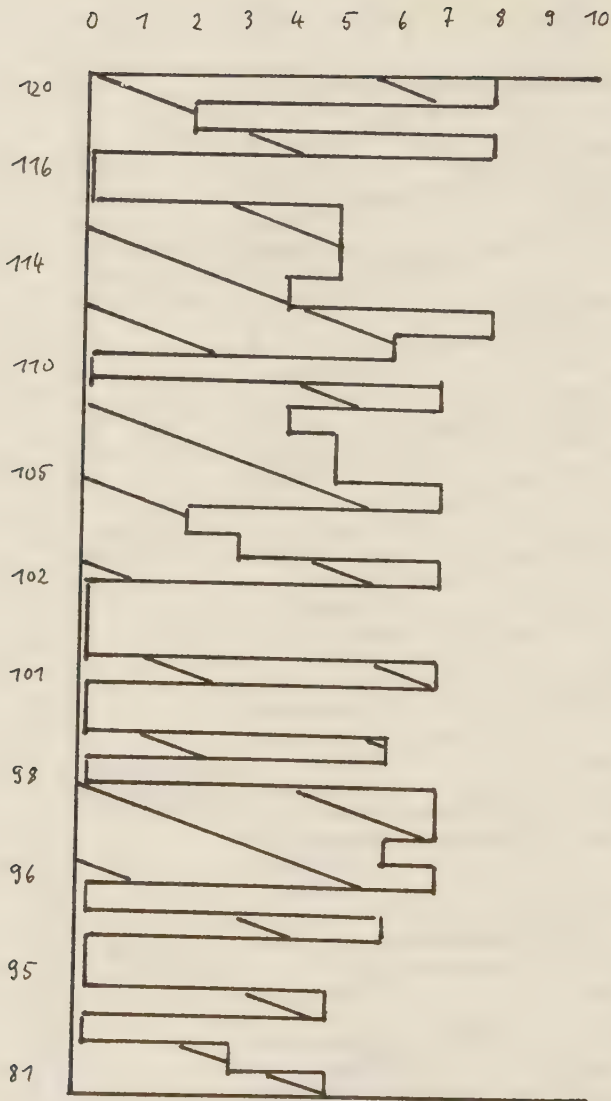


VII. VERARMUNG

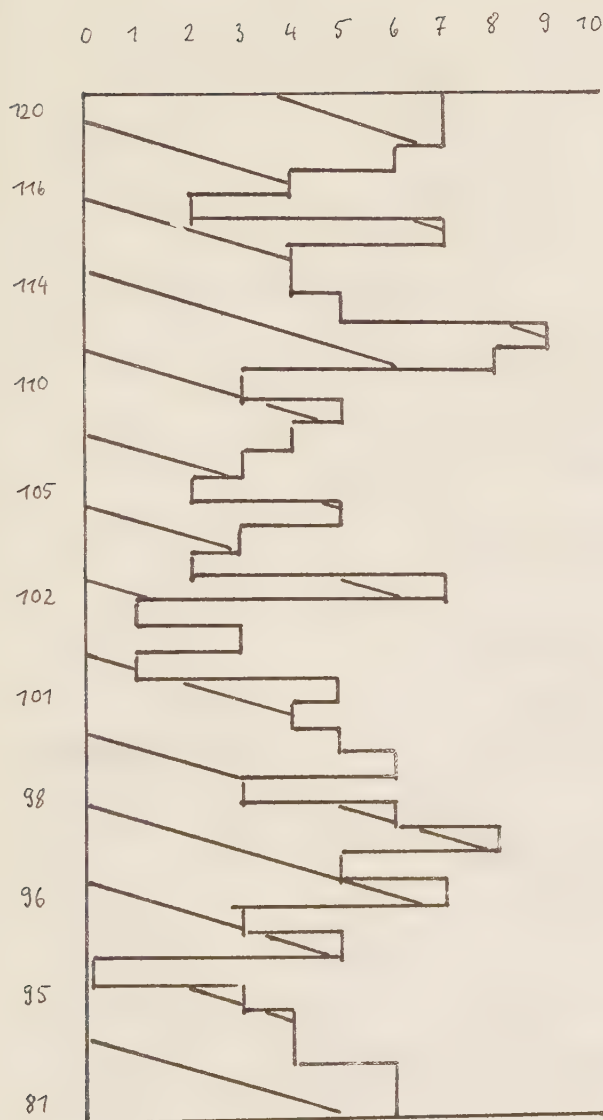
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



VIII. BERUF

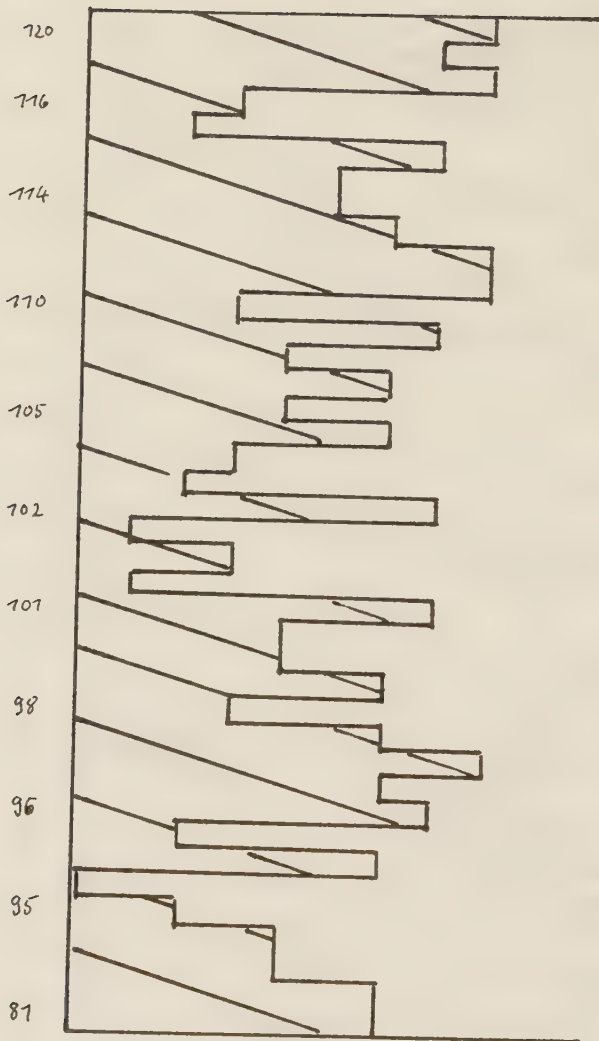


IX. ANGST VOR DER
MEINUNG ANDERER

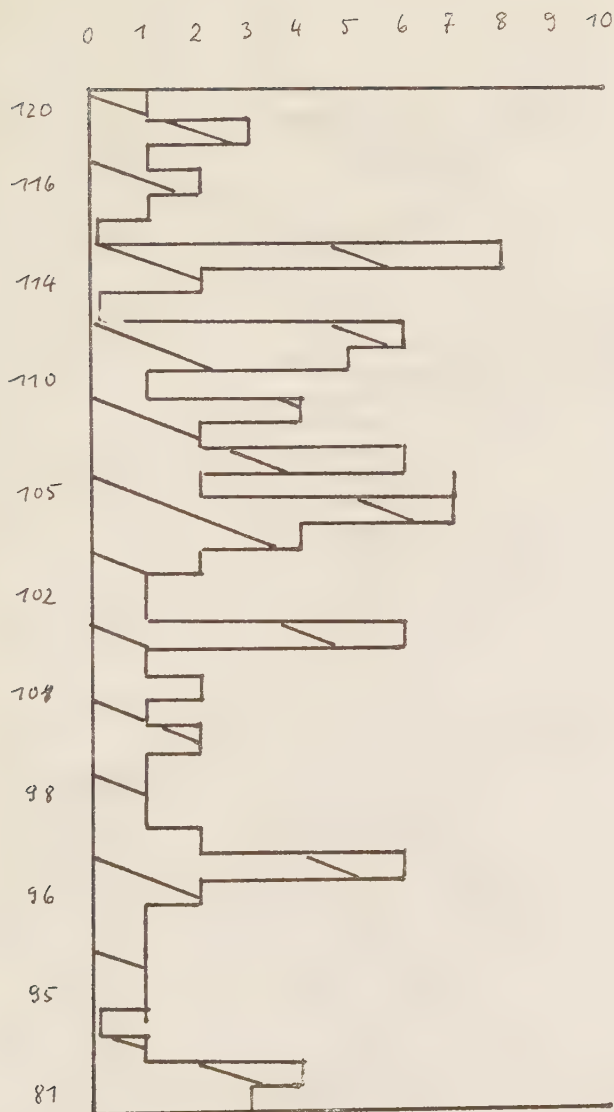


X. MENSCHENSCHAU

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

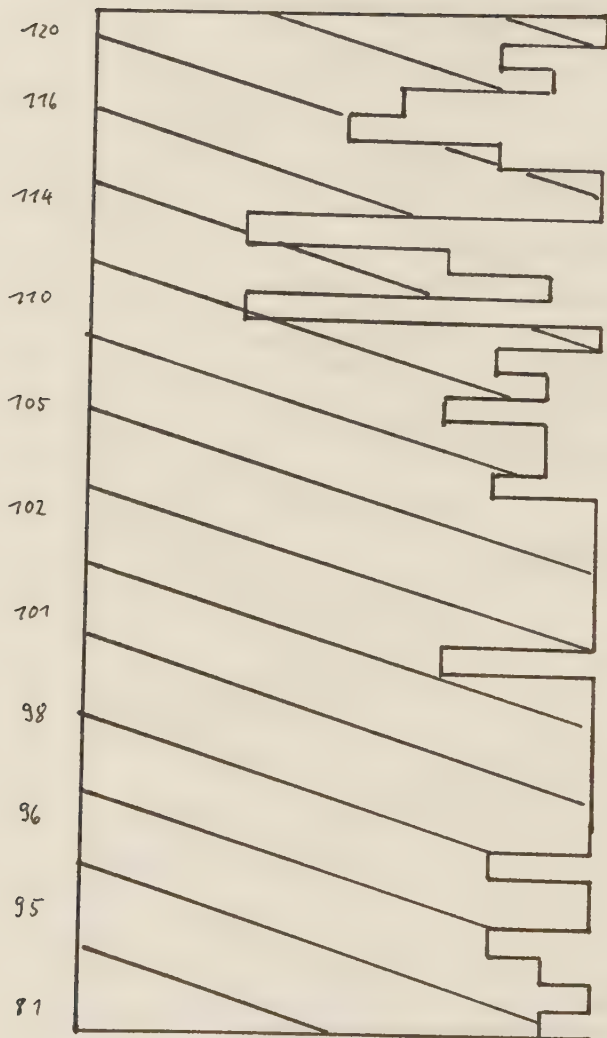


XI. GESELLSCHAFT

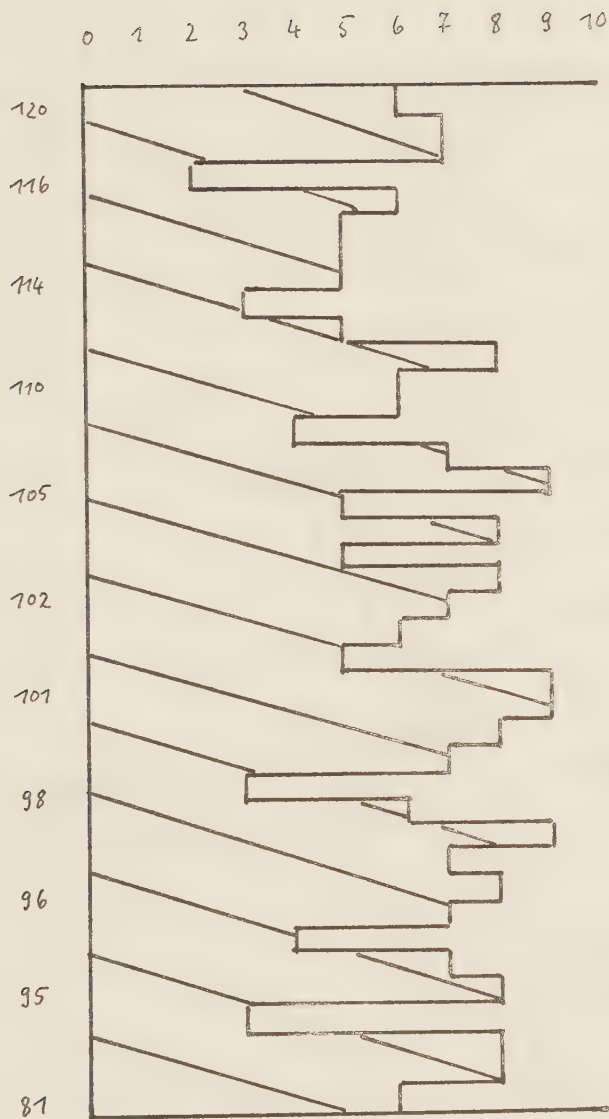


XII. KIRCHE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

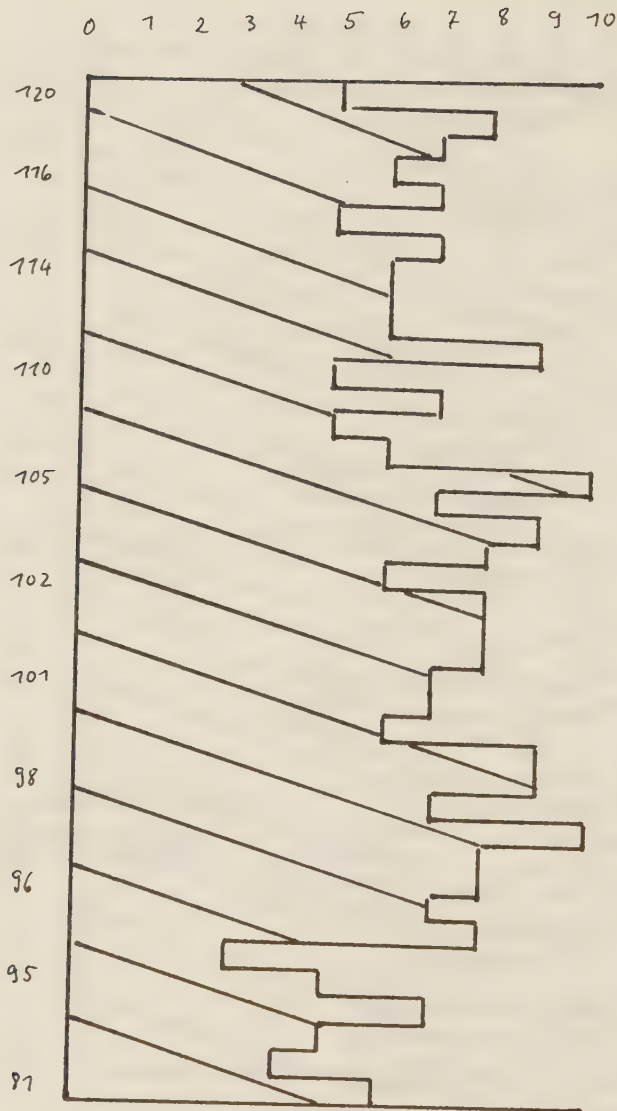


XIII. KRANKHEIT

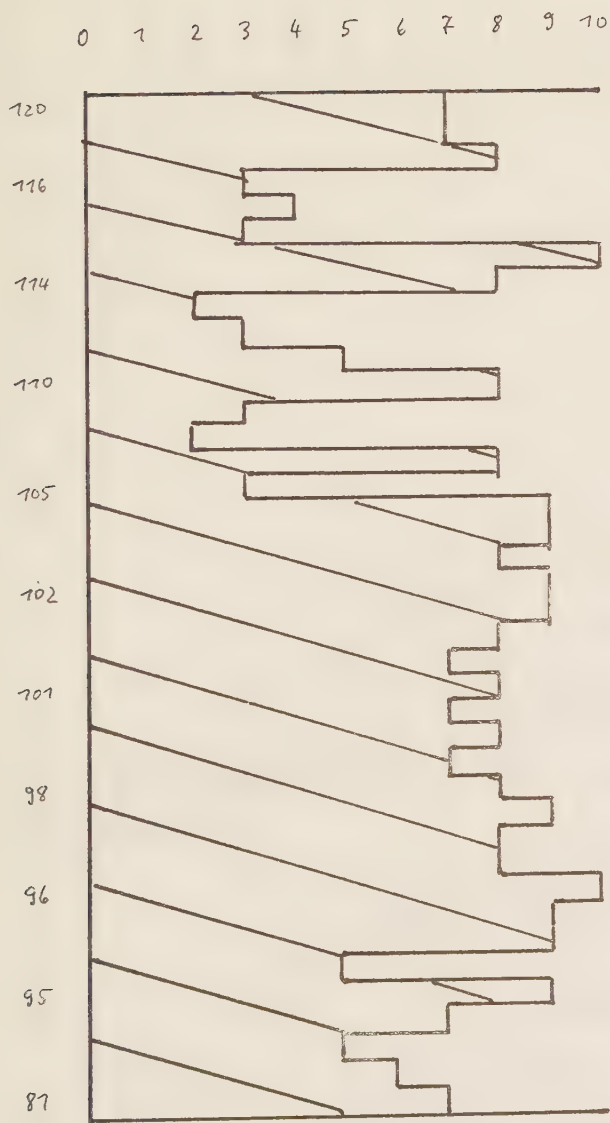


XIV. ERLÖSCHEN

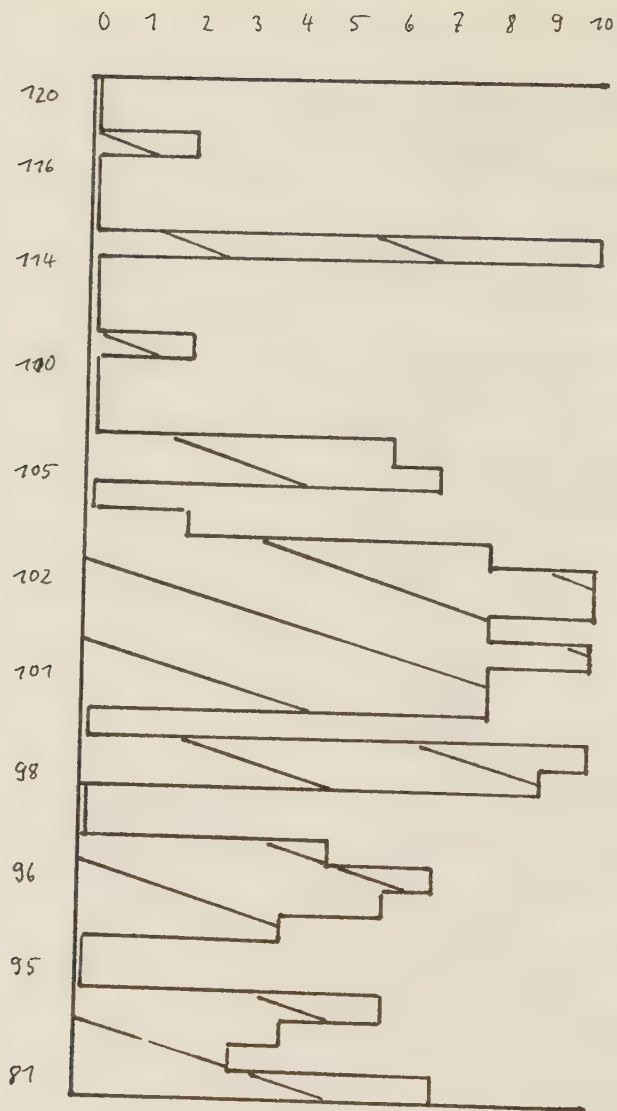
SPONTANER GEFÜHLSREGUNGEN



XV. INTERESSEN-
LOSIGKEIT

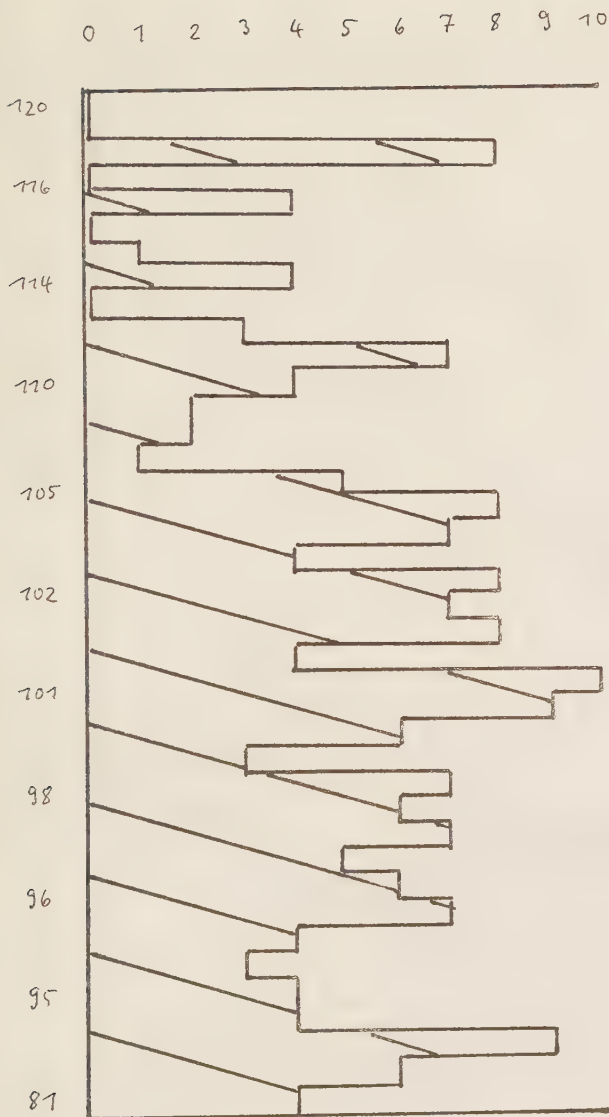


XVI. VEGETATIVE
FUNKTIONSSTÖRUNG

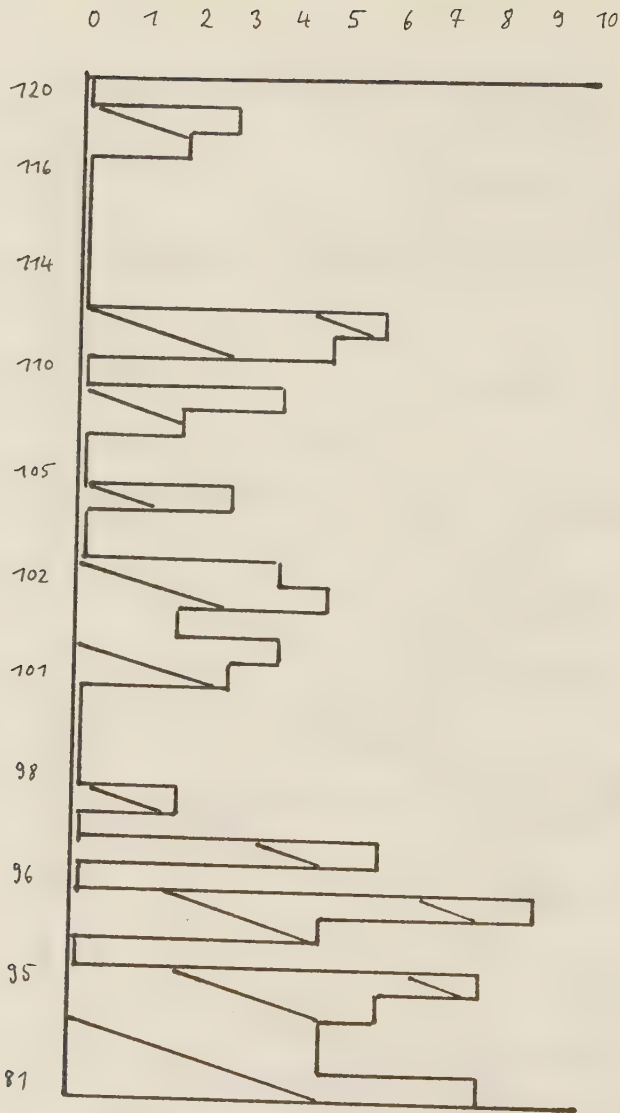


XVII . LEIBLICHE

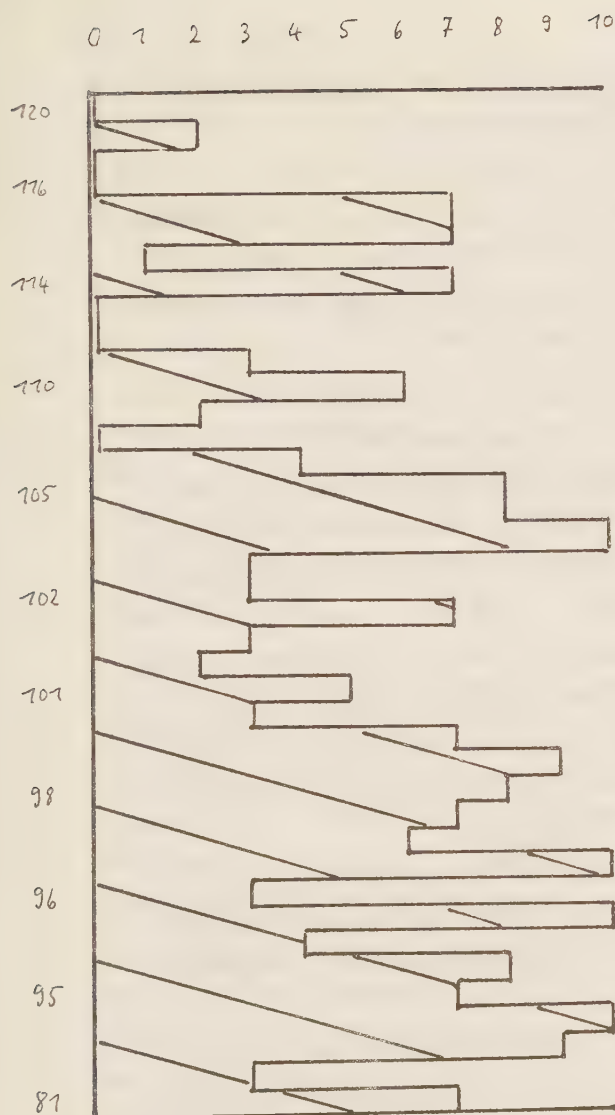
MISS EMPFINDUNGEN



XVIII. ANGST



XIX. SELBSTMORD-
BEDANKEN



XX. LUSTLOSIGKEIT
IM BERUF

F. Abschließende Beantwortung der eingangs gestellten
Fragen.

Ad. 1.) Wir können feststellen, daß es in der Zykllothymie zu einer, von der Schwere der Depression abhängigen Verminderung der Relevanzdynamik und des Relevanzausgriffes kommt.

Wir fanden, daß dadurch eine prämorbid Aktivrelevanz das Krankheitsbild bestimmend beeinflussen kann. Die Passivrelevanzen dagegen sind im Relevanzsystem während der Phase wesentlich weniger dominierend. Da jedoch gerade die Passivrelevanzen dem behandelnden Arzt die Möglichkeit geben, Zugang zu der Person des Patienten zu finden und dadurch die Therapie nach unserer Meinung wesentlich erleichtert werden kann, wiesen wir in unserer Arbeit auf die mißverständliche und in dieser Form sicher nicht richtige Einordnung der Zykllothymie als "autistische" Krankheit hin.

Die Erschütterung des Relevanzfundamentes und die Hemmung stellen unserer Ansicht nach die entscheidendsten Faktoren in der Psychopathologie der endogenen Depression dar.

Durch ersteres wird dem Patienten eine sinnvolle Weiterführung seines Lebens fraglich. Wie wir aus den graphischen Darstellungen entnehmen können, zeigt sich dies bei gleichmäßiger Verteilung über das gesamte Patien-

tengut bei folgenden Themen:

- 1.) Erlöschen spontaner Gefühlsregungen (XIV).
- 2.) Allgemeine Infragestellung des eigenen Berufes (VIII).
- 3.) Starke Beziehung zur Krankheit (XIII).
- 4.) Menschenscheu (X).
- 5.) Angst vor der Meinung anderer Menschen (IX).

Mit der zunehmenden Erschütterung des Relevanzfundamentes kommt der zweite wichtige Faktor, die Hemmung, in ähnlichem Verhältnis zunehmend, zur Wirkung. Durch diese wird die Relevanzdynamik und der Relevanzausgriff im Bereich der jetzt noch bestehenden Relevanzen eingeschränkt.

Ad.2.) Da wir Intelligenz so definiert haben, daß dem Hochbegabten ein größerer Relevanzausgriff und eine intensivere Relevanzdynamik als dem Durchschnitts- und Minderbegabten zukommt, finden wir in der Gruppe der Hochbegabten durchwegs eine inhaltsreichere Form der Depression als in den beiden anderen Intelligenzklassen. Die Hochbegabten sind also relativ weniger von der Hemmung betroffen, was in der Betonung folgender Themenpunkte der graphischen Darstellungen deutlich wird: Weiterführung des Berufes (I), Schuld (II), Sorge um die Genesung (III), Suche nach einer Erklärung oder einem Grund für die Krankheit (IV), Empfinden der

eigenen Insuffizienz (V), Reflexion über die Familie (VI) und Furcht vor der Verarmung (VII).

Die Patienten dieser Gruppe besitzen noch ein größeres Maß an Reflexionsmöglichkeiten über ihre Krankheit und die damit verbundenen Umstände, was in der Auswahl der Themen und deren besondere Betonung verdeutlicht wird, wie wir in den Darstellungen sehen können.

In der Gruppe der durchschnittlich Begabten tritt die Hemmung in stärkerem Maße hervor, da wir von einem niederen Ausgangswert der Relevanzdynamik und des Relevanzausgriffes ausgehen. Wir finden die Gesprächsthemen Angst (VIII), Interessenlosigkeit (XV), vegetative Funktionsstörungen (XVI), leibliche Mißempfindungen (XVII) in dieser Gruppe besonders stark betont.

In der letzten Gruppe, die der Minderbegabten, ist im ganzen eine allgemeine Themenarmut deutlich zu erkennen. Es kommt lediglich zur Betonung der beiden Themen Lustlosigkeit im Beruf (XX) und Selbstmordgedanken (XIX).

Mit der bevorzugten Wahl des Themas Lustlosigkeit im Beruf (XX) wird das Extreme des Relevanzausgriffes deutlich. Der Patient in dieser Gruppe ist nur noch fähig, auf seine innerste Kernrelevanz zurückzugreifen - die tägliche Beschäftigung bei der Arbeit, und die jetzt damit verbundene mangelnde Bereitwilligkeit, dem Beruf nachzugehen.

Das Überwiegen der Selbstmordgedanken in dieser Gruppe ist auf die relativ stärkere Erschütterung des Relevanzfundamentes beim Minderbegabten zurückzuführen. Schon in relativ leichten Phasen sieht er seinen Lebensweg blockiert und erkennt keinen Sinn mehr im Leben. Der intelligentere Patient hat dagegen die Möglichkeit, im leichteren Stadium durch Reflexion sich länger vor diesen Gedanken abzuschirmen.

Ad. 3.) Wir können nun abschließend feststellen, daß die Intelligenz nicht nur für die Psychopathologie der Zykllothymie, sondern im allgemeinen für die Relevanztheorie von gewichtiger Bedeutung ist. Einerseits ist der intelligentere Mensch und Patient zum Aufbau eines komplexeren Relevanzsystems mit vielgestaltigen Relevanzstrukturen fähig, und zum anderen besitzt er eine große Fähigkeit, diese Relevanzstrukturen, dank seiner größeren Relevanzdynamik und seines größeren Relevanzausgriffes, zu nutzen.

Die eigentliche und die für uns zunächst nicht recht verständliche Feststellung, daß zykllothyme Depressionen so gut wie nie bei Schwachsinnigen auftreten (12, 13), führte uns zum Thema dieser Arbeit. Im Laufe unserer Ausführungen hofften wir zeigen zu können, daß zum lebendigen und vollen Bild einer endogenen Depression ein relativ hohes Maß an Intelligenz nötig ist. Je weniger

Begabung der Patient besitzt, desto rudimentärer wird die Form der Depression, um schließlich beim Schwachsinnigen überhaupt nicht aufzutreten oder nicht sichtbar zu werden.

IV. Literaturverzeichnis

- 1.) ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1966.
- 2.) JANZARIK, W.: Die zylothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 80:173 (1957).
- 3.) JANZARIK, W.: Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns. Arch. Psychiat. Nervenkr. 195:219 (1956).
- 4.) JANZARIK, W.: Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. Arch. Psychiat. Nervenkr. 195:351 (1956).
- 5.) JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 7. Auflage. Berlin/Göttingen/Heidelberg, Springer 1957.
- 6.) JOHNSON, H.K.: Gefühlsverlust als Krankheitssymptom. Eine ganzheitspsychologische Deutung. Neue psychol. Stud. XIII 2:63 (1937).
- 7.) KRANZ, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr. Neurol. Psychiat. 23:58 (1955).
- 8.) KRANZ, H.: Erscheinungswandel im psychiatrischen Krankheitsbild. Ther. Ber. 37:68 (1965)
- 9.) PAULEIKHOFF, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 197:669 (1958).

- 10.) PETRILOWITSCH, N.: Zykllothymie - Endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ. Fortschr.Neurol.Psychiat.32:561 (1964).
- 11.) PETRILOWITSCH, N.: Persönlichkeitsfaktoren im Lichte multikonditioneller Pathogenese; in PAULEIKHOFF, B. Situation und Persönlichkeit in Diagnose und Therapie. Bibl.psychiat.neurol., No.137, pp.30 Karger, Basel/New York 1968.
- 12.) SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 6.Auflage. Thieme, Stuttgart 1966.
- 13.) SCHNEIDER, K.: Über Schwachsinnige und die Strukturanalyse ihrer Psychosen.Dtsch.med.Wschr.893 (1949).
- 14.) SCHNEIDER, K.: Über den Ausdruck der cyclothymen Depression. Arch.Psychiat.Nervenkr. 185:511 (1950).
- 15.) SCHULTE, W.: Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung. Hippokrates, Stuttgart 1965.
- 16.) STERN, W.: Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methoden ihrer Untersuchung. 4.Aufl. Leipzig 1928.
- 17.) STERN, W.: Experimentelle Persönlichkeitsanalyse 1952.
- 18.) STÖRRING, G.E.: Zykllothymie, Emotionspsychosen, Schizophrenie. In HUBER, G.: Schizophrenie und Zykllothymie.Thieme, Stuttgart 1969.
- 19.) STÖRRING, G.E.: Besinnung und Bewußtsein. Persönlichkeitsaufbau und Persönlichkeitszerfall aus psychologisch-pädagogischer, soziologischer und psychiatrischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1953.

- 20.) TELLENBACH, H.: Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1961.
- 21.) WECHSLER, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Huber: Bern-Stuttgart 1956.
- 22.) WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1963.
- 23.) WEITBRECHT, H.J.: Endogene phasische Psychosen. Fortschr. Neurol.Psychiat.29:130 (1961).
- 24.) WEITBRECHT, H.J.: Depressive und manische endogene Psychosen; in Psychiatrie der Gegenwart, Bd.II: Klinische Psychiatrie. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg (1960).
- 25.) WEITBRECHT, H.J.: Zykllothymie. Fortschr.Neurol.Psychiat. 17:437 (1949).
- 26.) WIECK, H.H.: Ärztl.Fortbildung Bd.19 Heft 2 (1971)
- 27.) WIECK, H.H.: Zur Psychologie und Psychopathologie der Erinnerungen. Thieme, Stuttgart 1955.
- 28.) WIECK, H.H.: Der Situationsbegriff in der Psychiatrie; in PAULEIKHOFF, B. Situation und Persönlichkeit in Diagnostik und Therapie. Bibl.psychiat.neurol., No.137, pp.13.Karger, Basel/New York 1968.
- 29.) WIECK, H.H.: Aktuelles der Psychopathometrie in Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie. Thieme Stuttgart 1967.

- 30.) WIECK, H.H.: Das Stiefkind der ärztlichen Diagnostik: die zylothyme Depression. Med.Welt 2082 (1964).
- 31.) WIECK, H.H.: Fortschr.Neurol.Psychiat.25: 2 (1957).
- 32.) WIECK, H.H.:u.K.PHILIPPS: Relevanzanalysen bei Kranken in der Bewußtseinstörung und im schweren Durchgangs-Syndrom.Arch. Psychiat.Nervenkr.207:221 (1965).
- 33.) WIECK, H.H.: Über den Begriff der vollen Erinnerung nebst Einführung der Psychographie. Fortschr.Neurol.Psychiat.35:262 (1967).

L e b e n s l a u f

Am 13. April 1945 wurde ich als Sohn des Graphikers Joseph Hagel und seiner Ehefrau Hildegard, geborene Schwan, in Marienbad geboren. In Fürth/i. Bayern besuchte ich die Volksschule und die Oberrealschule, an der ich im Juni 1964 das Abitur ablegte. Im Oktober 1964 rückte ich zum Militärdienst ein, aus dem ich Ende März 1965 entlassen wurde. Im Mai 1965 begann ich das Studium der Medizin in Erlangen. Nach fünf Semestern bestand ich dort das Physikum und nach weiteren sechs Semestern, ebenfalls in Erlangen, legte ich hier das Staatsexamen im Februar 1971 ab.

Als Medizinalassistent war ich von April 1971 bis Ende Juli 1971 in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen und von August bis Ende November 1971 in der Neurochirurgischen Universitätsklinik Erlangen tätig.

Seit Anfang Dezember 1971 arbeite ich auf der internen Abteilung des Krankenhauses Mariahilf in Hamburg.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990